SRE-C-24-09-0808

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)



सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(स्वास्थय देख		foundation	
APPLICATION No.:	510	924/0565	APPLICA MINIST T	ATION DATE : 1	2-09-202	Mulding block of life.	
NAME of APPLICANT :		a clara	AC	E-YEARS 3119-1	ri sex रिगा		
आवेदक का नाम	Mus	Taleen		62	M		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्भ का नाम		to Mu. M	11241	1 kim			
		PRESENT RESIDENCE ADDR		आवासीय पता		PASTE PHOTO HERE	
Bunta	J. Sha	necohangh	ing w	an,		and a second and a	
UTH	UT F	Hadelh, 2	1777	T		- rule op rost op	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDR	tess : स्थार्	आवासीय पता		Pau op Post op Toseen (0565)	
	51	ime as abe	117°				
OCCUPATION: Labolly				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संस्थान)			
PAN No. स्थाई शाला संख	$a \sim N H$						
ARE YOU AN INCOME T क्या आप आग कर दाता है	AX ASSESSEE (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): स्म. पर सही का निशान लगाये।		Yes / Mo शां⊁ नहीं			
				TAILS परिवार पि			
Sr. No. क्रम संख्या	No.	ame of Family Member ट्रेबार के सुदस्यों का नाम	Age	s (Years) I (বৰ্ণ)	Gender	Relation with Applicant आवेदम् के साथ सम्बंध	
(1)		atima	5	A The	f and	Wife	
(2)		Your Day	2	9		Son	
			- 2	402	100		
	-						
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये हि		CE (Tick whicheve	ir is applicable)		
BPL Card EWS Certificate				Ration Card		Any Other	
(Attach Card		(Attach Certificate Cop				Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे		अल्प आय वर्ग प्रमाण पा (प्रमाण पत्र को आया प्रति संस			ता काड ।वा प्रति संलग्न करे।	अन्य कोई साध्य	
(3/4/19 34 34/34/34/34/34/34/34/34/34/34/34/34/34/3							
				STING ASSISTAN विनती का उद्देश्य			
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
	0 0						
		Diagnosis - KE - PSEUdophacic					
	to - School Caranact						
	Commence of the commence of th						
	Surgerly - LE - SPCS With PMMA						
	0 0						
		- V					
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश के हेतू को	ED for SAM	E "PURPOSE" fro	om OTHER SOUR	ICES	
Se Ma	Sr. No. NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्य		अन्य स्वीत का नाम			ली गई सहायता राशी		
- TH. IT. 20 HAT							

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा मोदगा गर-

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application δ ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रकल में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सक्षी है। चदि कोई विकाण एवं अध्यन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार को महाबाह एति "काशिका फाउन्टोशन", में ली का रही है, उसका अपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जामेगा, को इस प्रारूप में था। गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सक्तमता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का ऑशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोरानियोजक/बीमा कम्मनी से न तो तिया है और न हो पांकप में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक प्राय करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested:
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने हस्ताक्षर या अंगर्ट की क्षाप लगाकर, मैं (अपनेदक) अपनी सहमति की पूष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउँडेशन और उसके नामीमाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेशे और तो विकरण इस प्रपत्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् नामी, दान, यानना/या दूसरे उद्देश्य में बुढ़ी गतिविधियाँ और वपलिक्यों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" म नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहावता के उद्देश्यों से आधित है मुझे स्वत: सहावता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और आध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरफ के हम्साक्षर या अंगुड़े का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (NEURIN SRI WOR)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से मामलेरोंमी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिष महापता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्यापत) निमा प्रकार से यान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही धविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी,पामले में लेंगे या ले तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन"

से सिफारिश,गिमिटि उक्ट के सम्बंध में "कोशिका पाउन्हेंशन" द्वारा परद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक,रसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रक्षता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी,गामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

यासी हस्ताक्षर 1

2 "कोशिका काउन्देशन" से ली गई सहायक्ष केवल वितिय प्रकृति को है। रोनी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीप का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाल नहीं है। इसलिये हस्पताल में सेवी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारों ऐसी एवं हस्पताल जी होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विस्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Monika Jasrotta की लिए संस्तुति ARNAB MODAK Date of Surgery DMC No.-5208 ADMINISTRATOR ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & SARAN RIAR ised Signatory 12-03-2024 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

11-04-2024