Besaganahalle

APPL		RM FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप		(Healtho (स्वास्थय दे	खभा	ल)	Koshika foundation
APPLICATION No. :	10921	0966	APP आवे	LICATION DATE : বে নির্ম্ম 🔾	24	9/21	Building black of life
NAME OF APPLICANT: Shameen Unrisa				AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग 63 टि		SEX स्तिंय	
FATHER'S/SPOUSE'\$ (पिता/कटुम्भ का नाम							
No. 907/	2 Malda	PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS a	તમાનુ આવામીય પતા આપિત્રીપિંદિ	ap	pa Hobbi	eo teog go sta
Malaval	PEF	MANENT RESIDENCE ADDRE	SS : ₹	थाई आकासीय पता			pre of post of oque shameemumis
	Same	as above					3 (48)
OCCUPATION : स्वयसाय					ন) / UNMARRIED (अধিবাহিন)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वर्षिक आय				(Attach Proof of Income) (अग्य का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संग ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (T	ck whichever is applicable): पर सही का निशान लगाये।		Yes / No श्री / नहीं			
Cr. No.	Nem	e of Family Member	FAMIL	Y DETAILS परिवार Age (Years)	विद्यरप	T Gender	Relation with Applicant
Sr No. क्रम संख्या	परिव	र के सदस्यों का नाप	+	उम्र (वर्ष)	_	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध
			+	-	=		
		/	+		_		
			Ŧ				
			#		=		
			#				
	1	BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये कि	1581 81 रित शा	ANCE (Tick whiche	ver is	applicable)	
BPL Card EWS Certificate (Atlach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अरूप आय वर्ग प्रपाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न क				Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्द करे।			Apy Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
				UESTING ASSISTA		:	
Sr. No. क्रम संख्या	सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलम्ब						
(h)	Diognolis RE Catanact						
V	LE Colection						
_	0					4	
(3)	Kunger	y LE	نمر	tanacl		+ PCIC	L
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	Difor S अन्यसः	AME "PURPOSE" (प्रायता किसी अन्य स्त्र	from (ila से	oTHER SOURCE लिया गया हो?	:S
Sr. No. NAME of OTHER SOUR क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम			RÇE				r ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता रासी
0	DISC	\$				2,000	1-
	1						

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any talse statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnily 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.
- 3) 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 है कि इस फ़ारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेख्य की पूर्ति के लिये किया वार्यक, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक्ष हेतु वह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक वा सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/निकेजक/बीमा कम्पन्य से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगटे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहधित की पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेरा नाम, एता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाचना/या दूसरे उर्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण भेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और किवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सर्वार्थ में "कोलिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताकर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामसे/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्वीत से उक्त ग्रेगी/मामसे में लेंगे या से रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/विवित इक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्हेशन" इस भंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" इस सहायता विवित ऑक्तिम्सकल हेतु मन्तुर नेही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वस्थ कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्बेशन" से सी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ऐगी पर इस्पताल हारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बोच का विवय है और "कोशिका फाउन्बेशन" हारा किसी प्रकृत का कोई दबाव नहीं है। इसिलये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरका और आने जाने की सारी जिन्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूभिका या जिस्मेदारी इस जायत में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Consultant, Medical Superintendent, Comea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A uniNensof Dt. & Régre Noewith Stahlp) Kako Regul & Régre Noewith Stahlp)	(Name: Designation & Slamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)। नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	ATION आन्तरिक उपयोग हेत्			
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ऱ्यासी हस्ताक्षर ३	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2			
1	Salward	lile.			