

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेफरमेंट)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B/1024/1768	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 10/10/2024		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Hasina Khatum		AGE-YEARS वय-वर्ष : 52 SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	W/o Tasalim Ansari		PRESENT RESIDENCE ADDRESS बसाने वाली स्थल Ward no 7 Machhpakuri Mochhipur	
Kauni Parihar Sitamarhi Bihar			PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी जागमालीय स्थल — — — — —	
OCCUPATION : जबक्षण	Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साइर चलन)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	21,000/-			
AN No. स्थाई चलन संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अपने कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):				
		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से साथ सम्बन्ध
<input checked="" type="checkbox"/> RPL Card (Attach Card Copy) गणराजी रोड़ा को भीचे प्रसार यज्ञ (प्रसार यज्ञ की लाप्रति संलग्न चाहे)				
<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म जय कर्ति प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाप्रति संलग्न करो)				
<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाप्रति संलग्न करो)				
<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ:				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis RE cataract - LE cataract -			
②	Surgery LE cataract + pcatn			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लों गई सहायता राशि		
③	Drs CS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोत्तरा पर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) 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.
 - 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) मैं संक्षेप करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गए मेरी विवरण में जानकारी के अनुसार सच्च यह नहीं है। यदि कोई विवरण यह काम आवश्यक नहीं तो मेरी महायत निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जी समाज की "कोशिका फाउंडेशन", से तो जा रही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की पुरी तरह के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
- 3) मैं पुरी करता हूं कि बिल महायत हेतु यह जारी की गई है, उम्मीद के सबसे लिस्ट किसी अन्य छोटीसियोंका/वीज्ञ काम्पनी से न हो सकता है और न ही भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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) यह प्रत्यक्ष पर अपने हाथधारा या लंबारे की जारी लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महायत की पुरी करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासों" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और जी विवरण इस प्रकाश में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवं मानसी, दून, याचनाएँ युक्त उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रशार याप्तम तो प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रत्यक्ष का विवरण मेरे हाथबाह के बहाने पर यह यह करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या जहां अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जारी से महायत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महायत के उद्देश्यों से प्राप्तिंश्च हैं युक्त महायत का हकारत नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासों का विविध अंतिम और वापसीकरी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हाथधारा या लंबारे का लिप्तान

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल 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 in the matter.

हमने अधिकृत, हास्पातल की ओर से यामलेंगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महायत हेतु विवरण की जाती है, जिसे इम (हास्पातल) निम्न प्रकाश से यान्त्र व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ही कोशिका और न ही भविष्य वे विविध महायत किसी गैर मानकी संस्थान या विविध अन्य रहने में उत्तम या तो तो ही, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विवाहित उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देता है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महायत विविध अंतिम/वापसी की जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर मानकी संस्थान या किसी अन्य समाजाधार में लाना नहीं किया जाता। इस पूरी तरह उक्त को सम्बन्धित रखता है। इस पूरी तरह उक्त को सम्बन्धित रखता है। कि अस्पताल द्वितीय यह उक्त को सम्बन्धित रखता है।

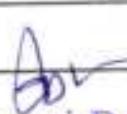
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं महायत के लिए विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हास्पातल द्वारा दी गई मालाह या किये गये उत्तराधिकारियों का जुड़वा योगी एवं हास्पातल के सीधे का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हास्पातल में उक्त को इताव भूला और उन्हें जाने की ओर विस्मेली होती है। ऐसा हास्पातल की होती और "कोशिका" की कोई घूमिका या विष्वेषणी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Shri Jayadev Institute of Medical Sciences)
16/M, Thimmalur, Bengaluru - 560044
नम व पर्व हास्पातल अधिकृत अधिकारी

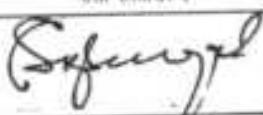
Date of Surgery
अंतिम सर्जिकल की तारीख
10/10/24


Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant Diabetologist & Endocrinologist
Dated: 10/10/24

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवार्तिक उपरोक्त हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हास्पातल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हास्पातल 2

