

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/07/17/0540

APPLICATION DATE : 11.07.17

NAME of APPLICANT : SHANTI DEVI

AGE-YEARS अनु-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SITARAM PANDIT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

POSHIMTOLA BHOLSAR, BHAGAI PUR,
813204, BIHAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. यदि प्राप्त हो

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSED (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का राज है (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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 के साथ संबंध
1.	SHANTI DEVI	67	F	SELF
2.	SITARAM PANDIT	75	M	HUSBAND
3.	BHOLA PANDIT	43	M	SON
4.	MANU PANDIT	40	M	SON
5.	DURGAI PANDIT	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाखाने से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am the owner of the property. ☐ I am not the owner of the property.

- 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 यहाँ पर स्पष्ट रूप से यह सुनिश्चित करने के लिए सभी विवरण भर रहा हूँ कि सच है। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर स्पष्ट रूप से यह सुनिश्चित कर रहा हूँ कि मैं जो भी सहायता प्राप्त करूँगा, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट रूप से यह सुनिश्चित कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में भी इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (initials and date)

- 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/post-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 fulfillment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रकार का अपने स्वतन्त्र या अनिवार्य भी प्राप्त करवा, मैं (आवेदक) अवश्य स्वीकृति की दृष्टि प्रकट हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस रूप में प्रसारित करें, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, वाचनालय पत्रों सहित मे कुली गौरवपूर्ण और सहायकियों को मिले किसी भी प्रकार का प्रचार में प्रसारित करने को निरुद्ध अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे स्वतन्त्र के प्रसार या कर के करने को निरुद्ध "कोशिका फाउंडेशन" न न्यासी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रसारित के उपरान्त मे अधिकृत है मुझे प्राप्त; स्वतन्त्र का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्रिका, पत्र, वाचनालय पत्रों सहित मे कुली गौरवपूर्ण और सहायकियों को मिले किसी भी प्रकार का प्रचार में प्रसारित करने को निरुद्ध अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Andrew W. Ross: we didn't see them

AGREEMENT by HOSPITAL: (FURNISH THE TEXT)

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.

इसमें सीएमएन, इलाहाबाद की ओर से आयेरीटोपी के "बोरिंगा अलार्मिंग" से मिली जानकारी से निर्धारित की जाती है। जिसे हम (हस्ताक्षर) फिर प्रसार में लाया जा सकता है।

- 1) यह कि न तो बालिका और न ही बालिका से विभिन्न सामान्य किस्मों के बालकों को पालना या किसी अन्य स्त्री को इस लैंगिकता से लेने या ले जाने है, जैसे कि अपने "बालिका पाठशाला" से विद्यार्थी/विद्यार्थी उठा के अपने घर में "बालिका पाठशाला" हुए घर ले जाते हैं। यदि "बालिका पाठशाला" हुए माताएं किसी लैंगिक/व्यक्त हो पाएंगी नहीं किताबत है तो आपका किसी अन्य के बालकों को पालना या किसी अन्य बालक को बालिका लेने का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपका विभिन्न घर उठा लैंगिकता से लेने किस्म के बालकों को पालना या किसी अन्य बालक को लेने लेना नहीं है।
2. "बालिका पाठशाला" में जो कई बालिका को लेने सुनिश्चित की है। ऐसी न बालिका हुए दो कई बालक या किने लेने बालक/लड़कियां का चुनाव लेने एवं हमारा को बीच का विचार है और "बालिका पाठशाला" हुए किसी बालक का कोई घर नहीं है। इसीसे हमारा में लेने के द्वारा सुनिश्चित और अपने अपने को बाली किन्हीं-ऐसी एवं हमारा की होती और "बालिका" को कोई बालिका या किन्हीं-ऐसी उठा बालक में लेने होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृत/निरस्त का चिह्न लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION नसम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.05.17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O. FRCS Reg. No.-58096 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Shib Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, इलाका व अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु			
 SANCTIONED संमति	REJECTED नसम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2
			