

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika Foundation Building Mouth of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1017/1065		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 10.10.17	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		MEENA DEVI		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				46	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		DILIP BATHA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता					
NARAHWA, BUKUL, GOPALGANJ, NARAHWA SUKLA, BAHAR, 841503					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION : व्यवसाय					
HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		NIL			
		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes / हाँ / No / 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 सम्बन्ध	
1.	MEENA DEVI	46	F	SELF	
2.	DILIP BATHA	54	M	HUSBAND	
3.	RAKESH KUMAR BATHA	23	M	SON	
4.	RAJESH KUMAR BATHA	20	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि अथवा					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय एवं वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED इस गरीबी सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **सत्यम्** ☐ **असत्यम्**

- 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, 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 बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाय तब यह है तो मेरी आकांक्षा सिद्ध भी हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रमाण में बताना है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस आकांक्षा से पहले या बाद में कहीं से भी, इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above 201 867X)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 to 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.
- 1) इस द्वारा मैं अपने इलाक़ के लोगों को यह जानकारी दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित करने वाले पत्रों में मेरी प्रतिक्रियाओं और उपलब्धियों को लिखें बिना मेरी आज्ञा के बिना मेरी छवि प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा यह विचार मेरे इलाक़ के लोगों के लिए यह करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी करने से अधिकृत है मुझे नहीं: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अनेक ये इच्छा या अंगी या निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH DRUGS)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अधिकार, इलाक़ों की ओर से ग़ायबों/मौतों को "अतिरिक्त भुगतान" से मिलित उदाहरण से निवारित की जाती है, जिसे हम (इलाक़ा) फिर प्रसार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित साक्ष्यता बिना के साक्षरी संकेत या किसी अन्य स्वरूप से उक्त ऐतिहासिकता में होने या न होने है, बल्कि कि इनमें "कोरिफा यादवें" से विचारविनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोरिफा यादवें" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोरिफा यादवें" द्वारा साक्ष्यता बिना अधिनियमिता हेतु समुदाय की विधि यथा है तो अस्पष्टता बिना अन्य के साक्षरी संकेत या किसी अन्य सम्बन्ध से साक्ष्यता होने का अधिनियम सुनिश्चित करता है। इस सुनिश्चित के अन्तर्गत यथा यथा है कि अस्पष्टता विहित गहरा उक्त ऐतिहासिकता हेतु बिना के साक्षरी संकेत या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेनापैगी।
2. "कोरिफा यादवें" से ही यह साक्ष्यता संकेत विहित प्रकृति की है। लेने या हासिल द्वारा ही यह साक्ष्यता या बिना लेने सम्बन्धितता का सुनिश्चित ऐतिहासिकता हासिल के बीच का विधान है और "कोरिफा यादवें" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हासिल में लेने के अन्तर्गत सुनिश्चित और लेने लेने की सभी विधिगत ऐतिहासिकता की लेने और "कोरिफा" की लेने अधिनियम या बिनापैगी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निश्चयन लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION समन्वित
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10.10.17	 Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व उचित न.	 Bankar Bagchi Director Shanti Cyn Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु			
SANCTIONED सम्मत	REJECTED समन्वित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
			