

C18/01/0109

| <b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b><br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                   |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                  | <br>Building block of life |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : <span style="font-size: 1.2em;">V/0118/0740</span>                                                |                                                                                              | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि : <span style="font-size: 1.2em;">11/01/2018</span>                                |                                                                                                              |                                                                                           |
| NAME of APPLICANT<br>आवेदक का नाम : <span style="font-size: 1.2em;">Kashuri</span>                                                    |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br><span style="font-size: 1.2em;">65</span>                                                     | SEX लिंग<br><span style="font-size: 1.2em;">F</span>                                                         |                                                                                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्भ का नाम : <span style="font-size: 1.2em;">DO VIJAY RAM</span>                                  |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br><span style="font-size: 1.2em;">vile- Bhagurampur, PO- Band Barmetha</span>           |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br><span style="font-size: 1.2em;">Same as above</span>                               |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय : <span style="font-size: 1.2em;">Housewife</span>                                                            |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय : <span style="font-size: 1.2em;">NA</span>                                                   |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) : <span style="font-size: 1.2em;">NA</span>                      |                                                                                                              |                                                                                           |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)      |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     | Yes / No<br>हाँ / नहीं <span style="font-size: 1.2em;">✓</span>                                              |                                                                                           |
| <b>FAMILY DETAILS परिवार विवरण</b>                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग                                                                                               | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                           |
| 1                                                                                                                                     | Rohani                                                                                       | 70                                                                                                                  | M                                                                                                            | Husband                                                                                   |
| 2                                                                                                                                     | Pranshi                                                                                      | 40                                                                                                                  | F                                                                                                            | Daughter                                                                                  |
| 3                                                                                                                                     | Mukam Singh                                                                                  | 35                                                                                                                  | M                                                                                                            | Son                                                                                       |
| 4                                                                                                                                     | Pranshi                                                                                      | 20                                                                                                                  | M                                                                                                            | Son                                                                                       |
| 5                                                                                                                                     | Pranshi                                                                                      | 25                                                                                                                  | F                                                                                                            | Daughter                                                                                  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                           |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                                                                              | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                       |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
|                                                                                                                                       | <span style="font-size: 1.2em;">RE → DMSC</span>                                             |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
|                                                                                                                                       | <span style="font-size: 1.2em;">LE → DMSC</span>                                             |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
|                                                                                                                                       | <span style="font-size: 1.2em;">Surgery → (R) EYES WITH IOL</span>                           |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि                                                             |                                                                                                              |                                                                                           |
| 1.                                                                                                                                    | S.C.E.M                                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                           |



**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कीजिए):**

- 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 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं समान अवस्था सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही ज्ञान रखता हूँ, कि इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकाश में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में भविष्य में, इस या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीफंड है और न ही रीफाइंड में हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करे)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy/produce 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 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 प्रकाश में अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकाश में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा मीडिया, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी विज्ञापन और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकाश का विवरण मेरे प्रकाश के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है उसे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करे)**

- 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.

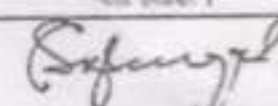
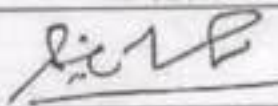
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ पर/होते को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए माग की जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/नकार हेतु मना कर दिया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल पूर्णतः मदद इस रोगी/रोगी के हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या विधि को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तक्षेप और अपने चले की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>12/01/2018</p> | <p>Dr. Ashwini Kumar<br/>MBBS, MS, FICO<br/>Reg. No. 66028<br/>Time.....<br/>Date.....</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डाक्टर का नाम व इलाका व तारीख</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>ज्योती इलाहा 1</p> <p></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>ज्योती इलाहा 2</p> <p></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|