

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: 4/12/18/2093

APPLICATION DATE: 19/12/18

NAME of APPLICANT: DURJADHAN MULO

AGE-YEARS 58

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUBHAS MULO

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TCHHAPUR, GARBHGA, HARP, JHARKHAND, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: IS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 x 12 = 21,600/-

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

PAN No. 1234 5678 9010

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो पान हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	DURJADHAN MULO	58	M	SELF
2.	REISA MULO	53	F	WIFE
3.	ASIT MULO	30	M	SON
4.	PAMPA MULO	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबी कार्ड की प्रमाण प्रत (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण प्रत (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रशनकार्ड काई (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जाये की गई डॉक्टर/डॉक्टर प्रमाण प्रत
1.	DIAGNOSIS-CATARACT-LE
2.	SURGERY-LE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 Kishika 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 गारंटी करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि "कौशलिक आधारभूत", से जो पैसा मिलेगा, उसका उपयोग करने के लिये मैंने जिस उद्देश्य को ध्यान में रखा था, उसे ही मैं कर रहा हूँ।
- (3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस प्रमाण पत्र पर मांगी गई राशि का किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT. (attach the will)

- 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 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.
- 1) इस ढररे पर करे इस्तेमाल या प्रोत्ति की कल संपत्ति, मैं (अर्पितक) अपने छात्रों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, प्रोत्ति और कोई विवरण इस ढररे पर प्रेषित है. मैं "कोशिका" समूह भ्रातृवर्ग, पता, संपत्ति तथा उद्देश्य से मुझे प्रोत्तिपत्रों और प्रशस्तिपत्रों को देने किसी भी ढररे परमत से प्रशस्ति करने में लिप्त अधिकृत है: वे इस का विवरण वे इस्तेमाल में करने या कर वे करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, प्रोत्ति और विवरण को कि छात्रों से उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहा: छात्रों का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह उसके भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अपेक्ष से कमतर या अंग्रेजी का विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 2010 100)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

[illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इसीबदली के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रेगन नं० के साथ स्टैम्प	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्त चिह्न कर इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
19/12/18	Dr. Dhananjay Giri 1985 MBBS MD FRCRCS, FRCS(Ed), FRCS(Gloucester), FRCS(Sr)	 Shish Sankar Bagchi Director Shish Sankar Bagchi & Associates Punjab Cancer Research Centre

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

सामाजिक उत्पत्ति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 [Signature]
---------------------------------------	---------------------------------------