

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                   |                                                                                              | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.                                                       |                                                            |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: K/1219/2696<br>अर्पण संख्या:                                                                                                           |                                                                                              | APPLICATION DATE: 23/12/2019<br>अर्पण तिथि                                                             |                                                            |                                                                                     |
| NAME of APPLICANT: LAKHAN THAKUR<br>अर्पणकर्ता का नाम                                                                                                   |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>49                                                                               | SEX लिंग<br>M                                              |                                                                                     |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KAILASH THAKUR<br>पिता/कन्या का नाम                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>SHERCHATTI, GAYA, KACHAURI, BIHAR<br>824211                                                             |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: इयाई आवासीय पता<br>— AS ABOVE —                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| OCCUPATION: RICKSHAW PULLER<br>व्यवसाय                                                                                                                  |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                               |                                                            |                                                                                     |
| TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/-<br>कुल वार्षिक आय                                                                                           |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सबूत संलग्न)                                                        |                                                            |                                                                                     |
| PAN No. स्पष्टी खाता संख्या                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर गहरी का निशान लगाएं) Yes / No<br>हां / नहीं |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| 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>अर्पणकर्ता के साथ सम्बन्ध                                |
| 1.                                                                                                                                                      | LAKHAN THAKUR                                                                                | 49                                                                                                     | M                                                          | SELF                                                                                |
| 2.                                                                                                                                                      | RAM THAKUR                                                                                   | 28                                                                                                     | M                                                          | SON                                                                                 |
| 3.                                                                                                                                                      | SABHA THAKUR                                                                                 | 44                                                                                                     | F                                                          | WIFE                                                                                |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि आधार                                                              |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे आय पर<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)                                                          |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग आय पर<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें) |                                                            | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे एवं विधि का उद्देश्य:                                                                          |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| 1.                                                                                                                                                      | DIAGNOSIS — CATARACT — LE                                                                    |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| 2.                                                                                                                                                      | SURGERY — LE (STEPS + IOL)                                                                   |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?                   |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                        | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता की राशि |                                                                                     |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।  
 2) मैं इस ओर साफ़ता पूर्ण "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में मांग गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्यय भी नहीं हूँ, उस पूर्ति का अधिक या समतुल्य किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यय में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कपड़ा/चित्र/उद्देश्य से जुड़ी प्रचारिणीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यय का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों पर या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित 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 पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्तके "नियमों" का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) द्वारा प्रस्ताव से चर्चा न होकर करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/समझा हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या बिना मेरे उपचार/उपचार का चुनाव लेते एवं हस्पताल के चिकित्सक के विचार हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर प्राप्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सिफारिश

|                                                              |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>23/12/2019</p> | <p>Dr. K. Ghosh<br/>MBBS, DNB, FRCS<br/>Reg. No. 60971<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Shankar Bagchi<br/>Director<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>जब व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|