

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/129/2806 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 27/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SHANTI DEVI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 50	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAHDEV DAS पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता GOKUL NAGAR, JAINAGAR ROBERNA, SHARHANA 825318				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 17000 x 12 = 204000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. क्या है? ☒ हाँ ☐ नहीं				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				
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.	SHANTI DEVI	50	F	SELF
2.	SAHDEV DAS	52	M	HUSBAND
3.				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SILENT)			
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 लेई गई सहायता 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 यहाँ पर कड़ा है कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतः कल्पित अथवा गलत साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
 3) मैं यहाँ पर कड़ा है कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रकम ली है और न ही ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने अधिकारों को स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, संचारण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष मदद के बिना मैं अपने नाम "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत करता हूँ।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का इशारा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और बाध्यकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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 ओर से भविष्य में भी "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) अपने प्रकरण से मदद न ले सकें।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/करायी जायेगी, तो हमें सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार मैं स्पष्ट करता हूँ कि सहायता प्रदान करने पर उठा ली जायेगी हेतु किसी भी प्रकार से मदद या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकेंगे।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने पर हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के दौरान सुरक्षा और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी हस्तगत की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--