

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/1219/2809 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 27/12/2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: GANGU DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 40	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PARUL DAS पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता LOHAL, MAKATPUR KODERMA, JHARKHAND 825318					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 21000 X 12 = 252000 कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. क्या है/छाड़ दें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	GANGU DAS	40	M	SELF	
2.	PARUL DAS	31	F	WIFE	
3.	ABROHMA DAS	9	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय 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 प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई दवािवेदन पुरी संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या					
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SLITS + 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 हो गई सहायता राशी	



DECLARATION by APPLICANT: **অবেদক প্রত্যক্ষণ করিতেছেন:**

- 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 कबल यह कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ता से सहायता यहाँ "कौशलिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि निर सहायता हेतु यह प्रमाण की गई है, इस राशि का आर्थिक या समकल विस्तार किसी अन्य सोर्स/निरोधक/बीमा कम्पनी से न हो सिका है और न हो अधिक में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর প্রদান করুন)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to issue/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 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 प्रश्न पर अपने इच्छाएं या सोचों को स्पष्ट रूप से, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छाप/चुम्बक छाप के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छप, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे सहायता के लिए जानकारी के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रार्थना करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का निराकरण मेरे इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के लिए प्रार्थना के लिए मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रार्थना के लिए किसी भी प्रकार सहायता का निर्णय और सहायता का निर्णय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अलंकरण के द्वारा या अंगों के आकार



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.

हमारे जीवनकाल, इस्लाम की ओर से आयते/लेते को "कॉरिआन फाइवथर" से विभिन्न राजस्व देते विपरीत की जाती है, जिसे हम (इस्लाम) दिन प्रकाश से नाम व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि यह संविधान और यह की प्रतिक्रिया में विभिन्न राज्यात्मक किस्मों की सरकारों संरचना या किसी अन्य संबंध से उभरा लेनी/पारसले में होने या से रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोरिडोर फायर-लेट" से विकसित/विभिन्न उभरा को संभव है "कोरिडोर फायर-लेट" द्वारा गहरा होना कि है। यदि "कोरिडोर फायर-लेट" द्वारा राज्यात्मक विभिन्न अधिकार/संरचना हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो आमतौर पर किसी अन्य की सरकारों संरचना या किसी अन्य समरूप से राज्यात्मक होने का अविवर्तन सुनिश्चित रखता है। इस प्रक्रिया में स्पष्ट कहा जाता है कि आमतौर पर द्वितीय गहरा उभरा लेनी/पारसले हेतु किसी की सरकारों संरचना या किसी अन्य समरूप से नहीं संभव/लेनी।
2. "कोरिडोर फायर-लेट" से ही यह राज्यात्मक संरचना विभिन्न प्रकृति की है। लेनी पर इसका द्वारा ही यह राज्यात्मक या किने यह कथन/प्रक्रिया का समुदाय लेनी एवं इसका को बीच का विषय है और "कोरिडोर फायर-लेट" द्वारा किसी प्रकार का कोई रहस्य नहीं है। इसलिए इसका में लेनी को इसका सुझा और जाने जाने की सारी विनियमों लेनी एवं इसका को लेनी और "कोरिडोर" को कोई प्रक्रिया या विनियमों इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्पण का दिनांक 27/12/2019		(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तफा व छिद्र		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्तक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तफा 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तफा 2		
					