

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0120/3026 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: SUSHILA DEVI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 56	SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME: RAJENDER SHAN पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता KOTA, SARAN, JHARKHAND 824214			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE			
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 20000 x 12 = 240000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. स्थायी आयदाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	SUSHILA DEVI	56	F
2.	RAJENDER SHAN	62	M
3.	RINAY SHAN	31	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध SELF HUSBAND SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)			
Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विषय का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपदों से जुड़े की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - (LE (STICHTOL))		
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 राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस घोषणा करी "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मांग रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में न ही किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड मांगूंगा और न ही भविष्य में मांगूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/print-upreproduce 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी छाप को जुड़ित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिये मेरी छवि और विवरणों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण कर सकते हैं और प्रसारण कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिये प्रसारण का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को अंतिम और बाध्यकारी माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 & 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 ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रश्नों से भय न प्रभावित होते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीदवार को मिलेगी या न मिलेगी, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना किसी शर्त के अस्वीकार कर दी जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बिंदु पर स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय प्रारंभ पर उम्मीदवार को बिना किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं मिलेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमें यह समझना पड़ेगा कि यदि सहायता न मिलेगी तो हमें उम्मीदवार/रोगी का भुगतान करने एवं इलाज के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें सहायता के लिये सहायता संगठन और अपने अपने को सही विनियमों के लिये एवं इलाज को हमारे और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. Nalini Kishori Karan (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sh. Shankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
--	--