

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0120/3052
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 6/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AMIANI KHATUN
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष
SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD MANSUR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसारीय पता

CHEWRA, SEKHUPURA, BIHAR 811304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOUSEWIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य 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 सम्बंध
1.	AMIANI KHATUN	56	F	SELF
2.	MD MANSUR	83	M	HUSBAND
3.	ISMAIL	30	M	SON
4.	RAHILUN	28	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — (LE (SICS + IOL))

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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



DECLARATION by APPLICANT: **अभिनेता. दृष्टि योग्यता पर.**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लिम एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या सकल किस्ता किसी अन्य कोट/निर्माणाधीन कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (30956 078 6671)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्धक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, सच, सचन्याय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इरादों के बदले या बदल से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रस्तुत है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उम्मीद न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्सेनिक के हमलावर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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 अधिकृत इन्फार्मरों की ओर से आपसे-आपसी को "अमेरिका फाइनल" से विविध प्रभावित होत सिमरानि की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य व प्रभावित करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश विधित्त सहायता किसी भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य स्टेट से उच्च टोपी/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोलिका फाउन्डेशन" से सिविल/विधित्त उच्च से सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वर हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधित्त अधिकार/सकल हेतु समुद्र नहीं किया जाय है तो सम्प्रदाय किसी अन्य भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य सम्प्रदाय में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सम्प्रदाय विधित्त स्तर उच्च टोपी/पायल हेतु किसी भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य सम्प्रदाय से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल विधित्त प्रकृति की है। टोपी पर सम्प्रदाय द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव टोपी एवं सम्प्रदाय के बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सम्प्रदाय में टोपी के द्वारा सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी टोपी एवं सम्प्रदाय की होगी और "कोलिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अतिरेहन की तारीख 6/1/2020	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MCh, FRCR Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इम्तलाहा व रजि. नं.	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MCh, FRCR Reg. No. 12345 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इम्तलाहा अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	