

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0120/3178

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/1/2020

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KEDAR RAJAK

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

MEGHNATH RAJAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RA BIDER, SAITZAKE SECTOR 4, SHANTINAGAR, BUDH  
ANNAGAR, NORTH 24 PARAGANAH 700098, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS 19000x12 = 228000

(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 मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

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>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1.                     | KEDAR RAJAK                                       | 65                         | M              | SELF                                           |
| 2.                     | DEEPA RAJAK                                       | 35                         | M              | SON                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती 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 (SICS + IOL)                                                                    |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT:** अधीन दत्त घोषणा है।

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विधि को खत्म कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता "कौशिक फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य सोर्स/निम्नोक्त/योग्य कम्पनी से न ली जा रहा है और न ही भविष्य में ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (attach and sign)

- 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/post-up/produce 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 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 प्रश्न पर अपने उत्तर या जवाब की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रोचित हैं, उसे "कोशिका" एल्यू न्यासी, दान, याचन/या दूर उद्देश्य से जुड़ी गरिबिधिमें और उपलब्धिमें के लिये किसी भी प्रस्ता याचन से प्रसन्न करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में इतना के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्श्वक) इस बात से सहमत हूँ कि वेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोचित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसके न्यासीों का निर्णय अंतिम और याचकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -

अध्यक्ष के हस्ताक्षर का अंगुली 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 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.

इससे अधिकतर, हमलावारी की जगह से वापस-लौटने को "बोसिका फायरबैस्टर" से विविध सहायक हथियारों की जगह है, जिसे डाय (इन्फैन्ट्री) निम्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं।

- 1) यह कि न तो यहिपन और न ही यहिपन में विहित सहायता किसी नैर साकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐपीयामने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवर्तित/विनिर्तित उक्त को सहाय्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्तित अतिरिक्त/सकल हेतु मन्तुर नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर साकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय धरण उक्त ऐपीयामने हेतु किसी नैर साकारी संस्था या किसी अन्य सहाय से नही लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐपी पर हममतल द्वारा ही यह सलाह या निर्देश गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐपी एवं हममतल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नही है। इसलिए हममतल में ऐपी के इलाज सुझा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐपी एवं हममतल को होती है और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती को लिए संसुति

|                                                  |                                                                                                        |                                                                                                        |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अर्पितान की तारीख<br>9/1/2020 | Dr. Nalini Kantan<br>M.D. DNB<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद जिला | (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इलाहाबाद जिला |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामो हस्ताक्षर 1                                          | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामो हस्ताक्षर 2                                           |
|  |  |