

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाप्रारूप)



APPLICATION No.: K/0524/0136
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 02/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RAMESH SINGH
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष: 64
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHBNARAYAN SINGH
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

PINDI TOLA, KASAPULI, SARAN 841433

BIHAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: Rickshaw Puller
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 4000 X 12 = 48,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट/साक्षात् 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
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	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध
1.	KASHA DEVI	64	M	SELF
2.	PRINCE SINGH	56	F	WIFE
3.	KASHI SINGH	29	M	SON
4.	ARATI SINGH	25	F	DAUGHTER
5.	SARAJANI SINGH	20	F	DAUGHTER
6.		16	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नी अस्था

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेशा के नीचे आय का (आय का नीचे आय प्रति संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आय का नीचे आय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमयका कार्ड (आय का नीचे आय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIAS + 20L)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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/employed/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कोई झिंझक एवं कथन कथन सत्य नहीं है तो कोई सहाय्य निषेध को का सकते हैं।
 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण रूप से हीने दिना करके, उसे इस प्रपत्र में क्या कहा है।
 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं, उस मदद या सहाय्य का पूरा पूरा विवरण अन्य किसी-किसी-किसी स्रोत से न ले सकूँ और न ही किसी-किसी स्रोत से सहाय्य ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मुझे प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहाय्य के लिए प्रचार करना और/या सहाय्य के लिए जानकारी फैलाने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग कर सकते हैं। इस प्रपत्र पर सहाय्य के लिए उल्लिखित है "कोशिका फाउंडेशन" व "ट्रस्टियों" को अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करने के लिए उल्लिखित है मुझे प्राप्त सहाय्य का इस्तेमाल नहीं कर सकता। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" एवम् उसके "ट्रस्टियों" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

- 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.
- इसमें उल्लिखित, हस्ताक्षर के तहत से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।
 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी और स्रोत से प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहाय्य के लिए प्रचार करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। कहीं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य किसी व्यक्ति/रोगी हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो सहाय्य किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में उक्त सत्य सच है कि सहाय्य वित्तीय मदद तथा उपचार/प्रक्रिया हेतु किसी और स्रोत से प्राप्त नहीं किया जायेगा।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहाय्य प्राप्त किया जायेगा वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे ही सच सच कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें रोगी के इलाज सुझाव और करने करने की सही जिम्मेदारी हमारे ही सच सच है। "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी सहाय्य का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>02/05/24</p>	<p>Dr. Subashis Das M.D.B.S (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाज का कोड नं.</p>	<p>OPIONM ADIPATI DAS Senior Physician (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory SANKARA HOSPITAL हस्ताक्षर का नाम व इलाज का कोड नं.)</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कार्यालय उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--