

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : K/0524/0159
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUGIYA DEVI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 60 वर्ष
SEX F लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIHARI TANTI
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS GIHAGHRI, ROUNDHIYA, SARAIYAFAT, DUMKA
स्थायी निवास पता
STAISI, JHARKHAND

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी निवास पता



OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. Blank
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 संबंध
1.	SUGIYA DEVI	60	F	SELF
2.	BIHARI TANTI	68	M	HUSBAND
3.	BINOD TANTI	33	M	SON
4.	KANCHAM DEVI	29	F	DAUGHTER

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) मिडिली रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु करने वाले बिजली का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हताकर्ता द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँ तो मेरा आवेदन एवं चल रहे कोई भी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत, जो इस प्रारूप में बताया गया है, केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही सहाय्य प्राप्त होगी, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में भी मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि नहीं लेगा जो मैंने इस प्रारूप में माँगा है और न ही सहाय्य में कटौती।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हताकर्ता द्वारा स्वीकृति)

- 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/post-up/republish 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या बाँजू का निशान लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत "उद्देश्य" के लिये माँगा गया सहाय्य, जो मैंने इस प्रारूप में माँगा है, उसे "उद्देश्य" के अन्तर्गत ही, चरम-चरम तक प्रयोग में लाने के लिये ही, शारीरिक और वित्तीय दोनों माध्यमों से प्रसारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकेगा। इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर करने के बाद भी मैंने इस प्रारूप में माँगा गया सहाय्य को प्राप्त करने के लिये "उद्देश्य" के अन्तर्गत ही, चरम-चरम तक प्रयोग में लाने का उद्देश्य है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये "उद्देश्य" के अन्तर्गत ही प्रयोग किया जा सकेगा। इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर करने के बाद भी मैंने इस प्रारूप में माँगा गया सहाय्य को प्राप्त करने के लिये "उद्देश्य" के अन्तर्गत ही, चरम-चरम तक प्रयोग में लाने का उद्देश्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हताकर्ता की हस्ताक्षर या बाँजू का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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 अधिष्ठाता, हस्पताल की ओर से अनुमोदित हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी की स्वीकृति है, कि वह इस (हस्पताल) द्वारा प्रस्तावित की गई सहाय्य को प्राप्त करने के लिये "उद्देश्य" के अन्तर्गत ही, चरम-चरम तक प्रयोग में लाने का उद्देश्य है।

1) वह न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहाय्य प्राप्त करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत से सहाय्य माँगेगा। यदि सहाय्य प्राप्त नहीं होती है, तो वह किसी भी अन्य स्रोत से सहाय्य माँगेगा। यह पुष्टि करता है कि हस्पताल को किसी भी अन्य स्रोत से सहाय्य प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। यह पुष्टि करता है कि सहाय्य के अभाव में हस्पताल को किसी भी अन्य स्रोत से सहाय्य माँगे जाने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "उद्देश्य" के अन्तर्गत ही, चरम-चरम तक प्रयोग में लाने का उद्देश्य है। इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर करने के बाद भी मैंने इस प्रारूप में माँगा गया सहाय्य को प्राप्त करने के लिये "उद्देश्य" के अन्तर्गत ही, चरम-चरम तक प्रयोग में लाने का उद्देश्य है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमोदित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 10/05/24	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल के लिये अनुमोदित अधिकारी का नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्हताकर्ता के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्हताकर्ता 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्हताकर्ता 2
---	---