

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0529/0186
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: 14/05/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MUSTARI BEGIUM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 65
वय

SEX: F
लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: MD. MUSTAFA
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: WARD NO 4, MANSURCHAK, BEGUSARAI,

851128, BIHAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. यहाँ खाल छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देते हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ / / No / नहीं /

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	MUSTARI BEGIUM	65	F	SELF
2.	MEHFUZ ALAM	36	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लक्ष्य के उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (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 तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्चना: इस खंड में करें)

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 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.
 - 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 the assistance is requested.
- मैं यहाँ पर सत्यता के साथ यह प्रमाण दे रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या झूठा प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी प्रार्थना विना की जा सकती है।
 - मैं यहाँ पर सत्यता के साथ "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल इस फॉर्म में उल्लेखित उद्देश्य के पूर्णतः के लिए ही करना चाहूँगा। या इस प्रमाण में सत्य सत्य है।
 - मैं यहाँ पर सत्यता के साथ यह प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले ली है और न ही लेना चाहूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्चना: इस खंड में करें)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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.
 - 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.
- इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या दाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्चना) यहाँ पर सहमत और अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो उद्देश्य इस प्रमाण में उल्लेखित है, उस "कोशिका" एनएमएनसी, एन. एनएमएनसी/एन. एनएमएनसी से मुझे मिलनेवाली सहायता/अनुदान के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने में सहायता मिल सकती है। मेरे नाम या पता के प्रयोग के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अर्चना नहीं है।
 - मैं (अर्चना) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण जो कि सहायता के लिए प्रार्थना के लिए उल्लेखित हैं, वे सही सत्य हैं। सहायता को इच्छा की जाती है। इस संबंध में "कोशिका" एनएमएनसी/एन. एनएमएनसी का विचार अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्चना के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

✓
 मन्सुखा
 १०/०३/२०२२

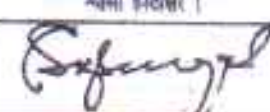
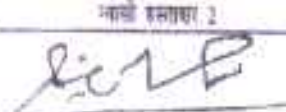
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर: इस खंड में करें)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
 - 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 अधिकृत, इच्छावादी को और से सहायता/अनुदान के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना किसी (अन्य स्रोत) सहायता से सहायता नहीं लेनी है।
- यह कि न तो हमें सहायता और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होनेवाली सहायता से लेनी है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उल्लेख के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुदान हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में उल्लेखित उल्लेख से कि सहायता/अनुदान हेतु प्रार्थना हेतु सहायता/अनुदान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी जायेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह हस्ताक्षर/अनुदान देते ही सहायता या सहायता के बिना ही सहायता/अनुदान का चुनाव नहीं है। सहायता/अनुदान के संबंध का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में हमें कि सहायता/अनुदान और सहायता/अनुदान को लेनी है और "कोशिका" की कोई सहायता या सहायता/अनुदान इस सहायता से नहीं लेनी जायेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्चना की तारीख 14/03/24	Dr. Sankar Das M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ	OPTOM ANURAG DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory Consultant on behalf of Hospital) SANKAR JYOTI HOSPITAL अर्चना के लिए अनुमति
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--