

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS वर्षों में आयु		SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION: व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय					
PAN No. मर्यादित खात संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)					
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.	SURENDRA NATH MISTRY	70	M	SELF	
2.	DILASH H. MISTRY	43	M	SON	
3.	MANARAJAN MISTRY	39	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) बचत आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) अनाज कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्न विकल्प का उपयोग					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT - RE				
2.	SURGERY- RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE जी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भरना)

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में मांग किया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रस्ताव किया है, उसका पूरा भुगतान किसी अन्य प्राप्ति/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो किया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

1) 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.

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 enable 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.

3) इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को "उद्देश्य" के संबंध में मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रस्ताव में शामिल हैं, इस "कोशिका फाउंडेशन" एनपी आर, राय, कल्याणपुरा द्वारा उद्देश्य से लोगों को सहायता के लिए विज्ञापन के माध्यम से किया जा सके। इसका उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" और/या इसके गतिविधियों/प्राप्ति के लिए जानकारी के लिए किया जा सकता है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के उद्देश्य से शामिल हो नहीं सके। सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" एनपी आर ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)**

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 best 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 स्वीकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से ध्यान से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेने के लिए हमें कोई भी अधिकार है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अधिकार है कि हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखें। इस पुष्टि के अंतर्गत हम यह स्वीकार करते हैं कि हमारा चिकित्सा प्रक्रिया केवल हमारे और रोगी के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी हमारे पास नहीं होगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मांगी जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे और रोगी के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी हमारे पास नहीं होगी। इस पुष्टि के अंतर्गत हम यह स्वीकार करते हैं कि हमारा चिकित्सा प्रक्रिया केवल हमारे और रोगी के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी हमारे पास नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

11/06/24

Dr. Subash Das
M.B.B.S M.D.
Gold Medalist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम और हस्ताक्षर के साथ छाप

OPTOM ANANTA DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
हस्ताक्षर के लिए अनुमति के लिए डॉक्टर का नाम, पद और छाप)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Dr. P. K.