

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: <u>K/0624/0316</u>		APPLICATION DATE: <u>19/06/24</u>		
NAME of APPLICANT: <u>RASMONI MUNDA</u>		AGE-YEARS: <u>62</u> SEX: <u>F</u>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>JATAI MUNDA</u>		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>KACHHURHOLA, ATPURUR, MINAKHAN, NORTH</u>				
<u>24 FARGANAS TATSADE, WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>— AS ABOVE —</u>				
OCCUPATION: <u>HOUSE WIFE</u>				
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>4500 x 12 = 54,000/-</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		(Attach Proof of Income)		
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	RASMONI MUNDA	62	F	SELF
2.	JATAI MUNDA	69	M	HUSBAND
3.	AMAL MUNDA	36	M	SON
4.	SAHACHARI MUNDA	38	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या चिकित्सा रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STES + 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.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	की गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना 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.
- 4) मैं यकीन करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या गलत जानकारी दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यकीन करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "उद्देश्य" के लिए दी जाती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है।
- 6) मैं यकीन करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि मेरा नियोक्ता या बीमा कंपनी, से उस राशि के लिए कोई भी अन्य सहायता नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 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/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 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.
- 3) इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शिका) यकीन करता हूँ कि मैं "अर्शिका" को अपनी सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए "उद्देश्य" को सही रूप से बता रहा हूँ। मैं यकीन करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है, जो कि "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग की जाएगी, जिसके लिए मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है।
- 4) मैं (अर्शिका) यकीन करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है, जो कि "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग की जाएगी, जिसके लिए मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है। मैं यकीन करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है, जो कि "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग की जाएगी, जिसके लिए मैंने इस सहायता के लिए अनुरोध किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएं 엄हूँ 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 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.

- हम यकीन करते हैं कि हम इस रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए "उद्देश्य" को सही रूप से बता रहे हैं। यदि "उद्देश्य" के लिए सहायता नहीं दी जाती है, तो हम इसे किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- 1) यह कि हम इस रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए "उद्देश्य" को सही रूप से बता रहे हैं। यदि "उद्देश्य" के लिए सहायता नहीं दी जाती है, तो हम इसे किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- 2) "उद्देश्य" के लिए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच होता है और "उद्देश्य" के लिए सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए "उद्देश्य" को सही रूप से बता रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	<i>Dr. Subash Das</i> M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल के डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर	<i>OPTOM ANURAG DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुद्रा
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर 2
<i>Safaryal</i>	<i>hich</i>