

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life		
APPLICATION No.: K/0624/0320 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE 19/06/24 आवेदन तिथि:					
NAME of APPLICANT SASTHIPAD MUNDA आवेदक का नाम			AGE-YEARS 54 मनु-वर्ष		SEX M लिंग			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BHARAT MUNDA पिता/पत्न्या का नाम								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता MUNSI GHORI, GOPALPUR, HAROA, NORTH 24 PARGANAS 743445, WEST BENGAL								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —								
OCCUPATION : FRUIT SELLER व्यवसाय				☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME : 6000x12 = ₹2,00,00/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)				
PAN No. स्वयं खाली रखें								
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न देना।)								
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.	SASTHIPAD MUNDA	54	M	SELF				
2.	PANPATI MUNDA	46	F	WIFE				
3.	SANDIP MUNDA	18	M	SON				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के निम्ने विधि आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे समाया पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किन्ने गये बिच्छी का उद्देश्य:								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन दृष्टी संलग्न							
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE							
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?								
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि				

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना पड़ेगा)

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक या/अथवा असत्य बात बताई है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यहाँ "अर्थिका फाउन्डेशन", से जो कि सही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप जो भरा है, उस राशि का अर्थिका या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शिका 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 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 अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अगली सहमति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, इस "कोशिका" एप्लिकेशन, पत्र, वाक्यांश/चुम्बी छाप/या मेरी फोटो/विवरणों को लिखे बिना भी उनका उपयोग मेरी सहायता के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य के पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व उसके भरोदारों को अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हो सकते हैं उसे अन्य स्रोत/नियोक्ता का हस्तगत नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एप्लिकेशन या उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

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

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:

- 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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भरोदारों/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से कार्य में लगे रहेंगे:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से प्राप्त करने के लिए प्रयत्न करेंगे या उस सहायता से जो हमें या तो मिले है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/असमर्थन हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुविधा में शामिल नहीं है कि सहायता वित्तीय और अन्य सहायता हेतु किसी और सहायता से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से नहीं ली जा सकती।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय एवं सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और अपने अपने को जारी बिम्वेधारी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षित करने के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/06/24

Dr. Subash Das

M.B.B.S. N.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर-वाला डॉक्टर का नाम और नंबर

OPTOM ANAND DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

SANKARA JOURNAL OF HOSPITALITY

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बरी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बरी हस्ताक्षर 2