

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/1223/0928		APPLICATION DATE : 05/12/23		 Building Block of Life		
NAME of APPLICANT : USHA RANI GAIN		AGE-YEARS 73				SEX F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KENARAM GAIN						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NAKURBAHA TINDA NORTH 24 PARGANAS						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : SAME AS ABOVE						
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME : 7500 x 12 = 90,000		(Attach Proof of Income)				
PAN No. XXXXXX						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ No / 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 के साथ सम्बन्ध		
1.	USHA RANI GAIN	73	F	SELF		
2.	DEEPAK GAIN	51	M	SON		
3.	UDAY GAIN	49	M	SON		
4.	PRANAB GAIN	42	M	SON		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे कार्य विनोद का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी				

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक द्वारा घोषणा करें)

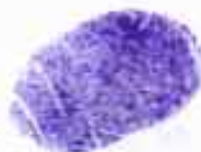
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाने या सत्य नहीं साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य साबित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु न तो अन्यत्र से राशि ले रहा हूँ, न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा सहमत)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) आगे की सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू मैन, एन. एच.एस.ए. द्वारा इच्छित या सुझाये गये उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण की इसका उपयोग करने या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों के लिये है। मुझे अन्य सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू इसकी सहमति या निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

- 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.
- हमारी अधिकृत, इसलानी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/मरीज के लिये अन्य स्रोत से उठाया जायेगा। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हस्पताल) अन्य स्रोत से उठाया जायेगा। यह पुष्टि करने के लिये कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता मिलने के बाद भी हम (हस्पताल) अन्य स्रोत से उठाया जायेगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता दी जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हम (हस्पताल) द्वारा ही होगा और इसका निर्णय रोगी और हम (हस्पताल) के बीच का होगा। कोशिका फाउंडेशन का कोई भी निर्णय हम (हस्पताल) के निर्णय से अधिक नहीं होगा। कोशिका फाउंडेशन का कोई भी निर्णय हम (हस्पताल) के निर्णय से अधिक नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए घोषणा

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 05/12/23	 Dr. Shiksha Das M.B.B.S. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) राजस्थान राज्य चिकित्सा बोर्ड, रा.	 OPTIMAL HEALTH DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKAR Hospital नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 माननीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 माननीय हस्ताक्षर 2
