

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. : M/1122/0429

APPLICATION DATE : 04/11/22

NAME of APPLICANT : AINUL HAQUE

AGE-YEARS अनु-वर्ष 52

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JHAGAROO MIYAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसरोप पता

HOUSE NO. 199, WARD NO. 10, NEAR HANUMAN MANDIR, MATHIYA, KESARIA, EAST CHAMPARAN - 845124, BIHAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवसरोप पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 3000 x 12 = 36,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थाई आय संप्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

Yes / हा

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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.	AINUL HAQUE	52	M	SELF
2.	JUMAN KHATUN	45	F	WIFE
3.	MD. HASIN	22	M	SON
4.	CAHARUDDIN	18	M	SON

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

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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

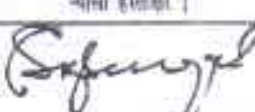
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/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 किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा पंजीकृत) 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 फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक घपन अवसर पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरी कंपनी या कोई भी अन्य व्यक्ति किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेगा और न ही अधिकारों का उपयोग करेगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कलम) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस दस्तावेज़ में प्रस्तुत हैं, जिनके माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी सहायता के लिए जानकारी दी जा सकती है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है। 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कलम) 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 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.	
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/सहमति को "कोशिका फाउंडेशन" को प्रेषित सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता किसी भी सहायता के माध्यम से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसा कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमारा मतलब है कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि सहायता के माध्यम से सहायता हेतु किसी भी सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/11/22	 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉ. शालिका दास  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शालिका दास
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 