

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
Foundation
   
Building block of life

APPLICATION No: M/1222/0618

APPLICATION DATE: 22.12.2022

NAME of APPLICANT: ABDUL MAJID

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

ABDUL RASID

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GHARAINA MOHALLA, MARUT, NAJADA,  
BIHAR 805104

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयदा संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | ABDUL MAJID                                       | 65                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | MARIYAM BEGUM                                     | 59                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | JALISED                                           | 37                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | AHSAR                                             | 35                         | M              | SON                                             |
| 5.                     |                                                   |                            |                |                                                 |
| 6.                     |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

|                                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबों-रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                      |
| 2.                     | SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                      |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: सापेक्ष हवा मोपना पर:

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्रदत्त किया है।
- 3) मैं पुनः कह रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप को पُرन है, उस राशि का उचितिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लीगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 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 प्रश्न पर अपने इच्छा या जगड़े को ध्यान लगाकर, मैं (अर्हदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, वाहनद्वारा तुरंत उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपचारों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण जो इच्छा को यहाँ या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज़रूरी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यम को उपचारों से संबंधित है मुझे स्वतः माध्यम का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सायबेक के हाथों से यह अणु बना लिया



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्या जाय)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

इससे अभिप्राय, इमरालदी की ओर से मामले/दली को "कोशिका फाटनेशन" से मिलित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हान (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो कोलम और न ही पणव में कितने सहाया किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थां से उका रोगी/मामले में सेवा या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" में निवर्तित/निवृत्त उका के सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। धरि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाया विनति अतिरिक्त/अन्य हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रर सरकारी सेवा या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस धृष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दुितीय मरर उका रोगी/मामले हेतु किसी रर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ले रर सहाया केवल विविध प्रकृति की है। रोगी या हमराल द्वारा ले रर सहाय या किर ले उका/प्रक्रिया का सुचारु होी एवं हमराल को रोग का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हमराल ने रोगी के इलाज सुखा और अरि लेने की सरी जिम्मेदारी रोगी एवं हमराल को होगी और "कोलिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संघीयता के लिए संगठन

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तारीख  
22.12.22

Dr. Shibabhus Das  
M.B.B.S. M.S.  
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डा. शिबाभुष दास

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यैक उपयोग हेतु।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामगी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
साथी हस्ताक्षर 2

Exempel

Self