

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of He
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	5101231294 (381/22)	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	05/01/23
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Mrs. Sonam	AGE-YEARS आयु-वर्ष	48
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूपी का नाम:	Kishori Haldar		
Spouse (Rtr): पति/कनूपी	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासाय पता B-2, Gurukul Park New Delhi		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रखाई आवासाय पता West Bengal			
OCCUPATION: व्यवसाय:	H/w	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष गलतग)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	Rs. 1.00 lac (Family Income)		
PAN No. स्पाइडर काला संख्या:	—		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगायें):			
Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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
①	Kishori Haldar	52	M
			Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये चिन्हित आधार:			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी-खेती के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका डॉक्टर से जारी की गई ग्राहिकेन सूची संलग्न		
Diag:- LF Cataract			
Surj:- LF Phaco + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हाँ गई सहायता गरी	
All			

DECLARATION by APPLICANT: अर्थात् द्वारा सोचन पत्रः

- 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.
 - 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.
 - 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 पांच बारा हूँ कि इस प्रारूप में दिये न्यू सभी विवरण नेहो जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाधारण या जाहा है तो उसी साथपाल निम्न को जा सकती है।

2) मैं हाथ से सहमत या कि "जानकारी आठार्डेशन", ये तीं जा रही है, उसका उपलेख उसी उत्तरण की पूर्ति के लिये हित्या जावेगा, जो इस प्रारूप में भए गए है।

3) मैं पूर्ण रूपान्तर हूँ कि यिस साहाय्याकारी हेतु यह प्रार्थना को नहीं है, उस दृश्य का अंतर्गत या सकात हिस्सा किसी अन्य घोलात्मकबद्धीय कानूनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लौगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् लग्ज अप्लिकेटर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 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 प्रपत्ति ने अवैदेहिकाओं की सूची लगाकर, ऐसे (आवेदक) अपनी व्यहारित की पुष्टि करता है एवं "कोशिका काठड़ेलन और उसके न्यूनीयों" को अधिकृत करता है कि मेंह नाप, पत्त, फौंटों और जै विवरण इस प्रपत्ति में पर्याप्त है, उसे "कोशिका" एवं, नाले, दान, याकवाला इसके उद्देश्य से बुड़ों गर्भवितियों और उल्लासितियों के लिये किसी भी प्रसाद गम्भीर

2) वै (आवेदक) इस बहु से सहमत है कि मोगा नाम, पता, फोटो और लिवरेज जै कि सहायता के उद्देश्यों से प्रधित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस प्रधित पर "कोशिका" एवं उसके व्यापारियों का दिर्घि झँड़िया और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

लायंड के इसास पर उन्हें का नियम

AGREEMENT by HOSPITAL (Enter all data)

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.

इसी अवधि वास्तविक को गोंद से मालायेगा को "कॉर्पोरेट बार्मन्डैट" से विविध साधारण होगा जिसका कोई जारी नहीं है। इसके बाद (वर्ष 2000) इस प्रकार ही माल व निकैल करने वाले

- 1) यह कि न तो अधिकार और न ही प्रविधि में विशिष्ट सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान द्वा जिसी अन्य स्वतंत्र से उस संगीयामते ये लोग या ले रहे हैं, जैसे कि इपने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिपाहीशिवित रक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए पदव देते कि है। वह "कोशिका फाउन्डेशन" हाए सहायत वित्ती अधिकार/सकल हंतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो असाधारण किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या जिसी अन्य सामाजिक संसाधन से तात्पात्र लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इन पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदव उस संगीयामते देतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाजिक से नहीं देती जाती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोला वित्ती प्रवृत्ति की है। योगी ज्ञ हस्ताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का युक्ताय देने एवं हस्ताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये गएकार का कोई दबाव नहीं है। इसांतर्ये हस्ताल में योगी के इताल मुख्त और आने जाने वो यारे "मिस्टर्सो योगी एवं हस्ताल को छोगी और "कोशिका" को कोई परिवार या विवेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संखाति

Date of Surgery अंपांत की तिथि EST/14/23	Dr. Shubha Mehta DMC No. 64798 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) दॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर की तिथि.	Dr. Rohit Harrison Chief Administrative Officer Shroff DMC (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय कृषिविद्या फ़ूंडेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	