


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundatio Helping the afflicted	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/1020/0060		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 03/10/20		 <p>PASTE PHOTO HERE</p> <p>Pratap Postop (0060) Purnadhima Dhatt</p>	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Purnadhima Dhatt		AGE-YEARS वय-वर्ष: 57	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुप का नाम: Hari Prasad		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता: Rash vikhari gopabhanu, Vindavan, Vindavan Bangan, Distt. Mathura, U.P. 28112			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय अवासीय पता: Same as above			
OCCUPATION व्यवसाय: Nil (Stay in Vidhwa ashram)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: NA		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें): NA			
PAN No. स्याई कार्ड संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस में तिकी का चिह्न लगाएँ): Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1	Kamla Datta	Late	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) BPL कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) EWS प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे पत्रे विषय का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न				
	RE - Senile Cataract				
	LE - Senile Cataract				
	Surgery - (RE) Phaco + IOL				
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कौन से सहायता मिली			
1	DBCS	2000/-			

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा किया गया):

- I hereby confirm that all details in the Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for recalcitrance/abolition.
 - I solemnly affirm 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 any insurance, in part or in full, from any other source/other insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई गलतपन एवं कथन असत्य प्रकट पाए जाते हैं तो मेरे उपायन निरस्त हो या सखती है।
- 2) मेरे द्वारा जो उपायन यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" से मिला या नहीं है, उसका उपयोग एवं उपयोग की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता प्रकट है।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैंने कसबका हनु एक उपायन की नहीं है, उस लिये का उपायन या उपायन हिस्सा किसी अन्य स्रोत/अन्य/अन्य कम्पनी से न तो किया है और न ही भविष्य में किया।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form (Applicant), hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use my details, 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/charitable trusts. 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.
 - 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 appealable.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ थुम्ब प्रिंट लगाकर मैं (अर्पणक) अपने पदमार्ग की पूर्ति करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और जो उपायन इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" स्वयं न्यायीयों, दान, मानवता द्वारा उद्देश्य से कृपया विविधियों और उपायनियों के लिये किसी भी प्रकार, माध्यम, में प्रसारित करने के लिये अधिकृत है, जो उपायन का विवरण में प्रश्न के अंतर्गत या बाद में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" व न्यायीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि उपायन के उद्देश्य से अधिकृत हूँ पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस उपायन में "कॉशिका" स्वयं न्यायीयों/न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अपीलयोग्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक के हस्ताक्षर या बाएँ थुम्ब प्रिंट



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

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, or 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 especially 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 already recommended 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 financial responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत हस्ताक्षरों की आगे न मान्यताओं को "कॉशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हनु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त संकेत/उपायन के लिये या से लिये जाये है, बल्कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचारित उपाय के अन्तर्गत में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हनु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विचारित अधिकृत/करार देना मना नहीं किया जाता है तो हमारा उपायन किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस उपायन में उपायन कर्ता का है कि सहायता निर्णय मदद उक्त उपायन/उपायन देना किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो पता सहायता केवल वित्तीय प्रकृतियों को है, ऐसी पर हस्पताल हम ही उक्त सहायता के लिये पत्र परचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी हनु हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपायन का कोई उपायन नहीं है। इतिहास हस्पताल में लाने के इरादा प्रकट और आगे जाने को लाने विनिर्देशों ऐसी पत्र हस्पताल की हनी और "कॉशिका" को कर्ता पूर्णतः या विनिर्देशों इस लाने में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अर्पणक की तारीख

03/10/20

Dr. ABHISHEK KUMAR
MCINo-09-35572
Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(नामों हस्ताक्षर)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(नामों हस्ताक्षर)