


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION NO. आवेदन संख्या : V/1020/0060		APPLICATION DATE. आवेदन तिथि 06/10/20		 <p>PHOTO PHOTO HERE प्रारूप फोटो फोटो (0060) bajendra Singh</p>	
NAME of APPLICANT. आवेदक का नाम bajendra Singh		AGE-YEARS आउ-वर्ष 57	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम Mahendra Singh		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासीय पता Aidelpur, Aidelpur			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाय अवासीय पता Same as above			
OCCUPATION : उद्योग/व्यवसाय Farmer		MARRIED (विवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित) <input type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 19500/-		[Attach Proof of Income] (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. रपाई खात संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर देता है (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)			
		Yes / No हो / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1	Rasbiwari	52	F	Wife	
2	Shyam	26	M	Son	
3	Rohit	20	M	Son	
4	Reena	14	F	Daughter	
5	Mehnaz	25	F	Daughter in law	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएस सीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपासका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे पत्र विनती का उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन 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 कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से लिया गए है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशी			
1	DBCS	2000/-			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 revocation/ cancellation.
- I solemnly confirm that assistance (financial 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 full, from any other source (including insurance company, or the source, if for which this assistance is requested).
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कल्प अथवा धोखा सत्य है तो मेरे लक्ष्य प्राप्त नहीं हो सकता है।
- मैं इस बात का स्थापना करके 'कारिका फाउन्डेशन' से सहायता ले रहा हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण से लेने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में गत गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने इससे पूर्व किसी अन्य स्रोत से (आवधिक) सहायता प्राप्त नहीं की है, जो कि किसी अन्य स्रोत (जैसे कि बीमा कम्पनी) से हो सकती है, जिसके लिए इस सहायता का अनुरोध किया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा किया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use, total or partial, to 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 fulfillment 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 acceptable to me.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कारिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कारिका फाउन्डेशन" द्वारा, कसबावा द्वारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है। मैं प्रश्न का निष्पत्ति पर हस्ताक्षर या अंगुली के छाप से करने के लिए "कारिका फाउन्डेशन" से सहमति अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि स्थापना के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उन्हें केवल: स्थापना का इलाका नहीं बनाया, इस सम्बन्ध में "कारिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया)

- By affixing here, under signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & accept following:
- 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, in 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, as per policy states, that the Hospital will not avail any financial assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - 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 & the outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मरीज/रोगी को "कारिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कारिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के माध्यम से "कारिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलाने की अपेक्षा/सहायता हेतु अनुरोध नहीं किया था। यदि सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती है तो सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय स्वरूप में सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 - "कारिका फाउन्डेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता प्राप्त करने की अपेक्षा/सहायता हेतु अनुरोध करने का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर कर लेने का निर्णय है और "कारिका फाउन्डेशन" द्वारा किये गये प्रकार का कोई उपाय नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर से रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ लेनी एवं हस्ताक्षर की ओर "कारिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय सहायता इस प्रकार से नहीं होगी।

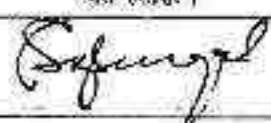
Dr. ABhishek RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
07/10/20

Signature
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2
