

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)



APPLICATION No. (आवेदन संख्या) V/1020/0071 APPLICATION DATE (आवेदन तिथि) 07/10/20

NAME OF APPLICANT (आवेदक का नाम) Anita AGE YEARS (वय-वर्ष) 34 SEX (लिंग) F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME (पिता/कथुप का नाम) Shiv Charan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता) Jansathan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थाय आवासीय पता) Distt. Bhasmatpur, Rajasthan 321223

Same as above



OCCUPATION (व्यवसाय) Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय) 19500/- (Family) (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. (सबूत प्रमाण संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tax whenever is applicable) (क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर कर का विवरण संलग्न करें) Yes/No (हां/नहीं) No

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 सम्बन्ध)
1	Rajan	37	M	Husband
2	Rashmi	08	F	Daughter
3	Khushi	06	F	
4	Naina	03	F	
5	Seerat	02	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) (गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें))	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें))	Ration Card (Attach Copy) (उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें))	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई सबूत)
--	--	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आयुर्वेदिक/प्रेस्क्रिप्शन के जारी की गई प्रति संलग्न की गयी संलग्न)
	RE - Total Cataract
	LE - Total Cataract
	Surgery - (RE) STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य में हेतु कोई अन्य सहायता कियों अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (ले गई सहायता राशी)
1	Lupin Foundation	1000/-


DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक द्वारा बरनन):

- 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 I 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, if performed, from any other source/employer/insurance company or the amount for which this assistance is requested.
- मेरे बरनन सत (कि इस प्ररन में दिर नर सती किरन मेरे बरननरी क अनुकर अर सत सती है) बरि कोई बिषय इस कल अरनर घर नर ई न मेरे कलरन दिरन की नर सकती है।
- मेरे इन वर कलरनर दिर "कशिका फाउंडेशन" मे सती नर गरी है, इसक उररनर इर उररनर की धुरि क किर किरा बरनन नर इस बरनन मे कर गरी है।
- मेरे धुरि कलर है कि दिर सतकन हेतु रर कलरनर की नर ई, उर ररि कल अरिषर वर कलरनर हिमर किरन अर सतकनर/करनरनर नरनरी मे नर किरि है और नर ही धरिषर नर सती।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा बरनन):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to accept & impersonate my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through any medium (which 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.
- 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.
- इर प्ररन वर अरनर कलरनर वर अरनर की उरर कलरनर, मे (अर्शेक) अरनरी सतकती की धुरि कलर है वर "कशिका फाउंडेशन वरि इसकी बरननरी" को अरिषरन कलर है कि सत वरन वर, कलर वर कलरनर इस उररनर मे बरिषर है, उरर "कशिका" एरनर नरनरी, वरन, कलरकलर इरर उरररनर मे कुरी वरिषरिषरि वर उररनरिषरि के दिरि किरनर को प्ररनर कलरनर हे अरिषरि कलरनर के दिरि अरिषरि है। कलर प्ररनर वर किरनर मेरे इररनर के धरन वर कलर नर करनर के दिरि "कशिका फाउंडेशन" वर वरनरी अरिषरि है।
- मे (अर्शेक) इस वरन से कलरनर है कि मेरे नरम, वरन, कलर वरि बिषय को बि कलरनर वर उरररनर मे अरिषरि है कुरी वरन: कलरनर वर इकरनर नरि कलर। इस कलरनर मे "कशिका" एरनर इररनर वरिषरि वर किरनर अरिषरि और कलरकलरि इररनर।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक की कलरनर वर अरनर कलरिषर


AGREEMENT by HOSPITAL (इरररनर द्वारा बरनन):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 the 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.

इरररि अरिषरि, इरररररि की अर वर कलरनरनरी को "कशिका फाउंडेशन" मे दिरिषर सतकनर हेतु किरनरिषर की नरती है, दिरि इन (इररररर) दिरन प्ररनर मे धरन वर अरिषरनर अरती है।

1) वर कि वर वर अरिषरनर और नर इरि धरिषर मे दिरिषर कलरनर किरनरी मे कलरकलरि सतकनर वर किरनरी अरनर उररनर से इररर वरिषर/वधरनर मे सती वर कलर है। की कि इररर "कशिका फाउंडेशन" मे किरनरिषर/वधरनर इरर वर सतकनर मे "कशिका फाउंडेशन" इरर अरर हेतु कि है वरि "कशिका फाउंडेशन" इरर सतकनर किरनरी अरिषरि/सतकनर हेतु कलरनर नरि किरनर नरती है तो इररररनर किरनरी अरनर मेरे अररररि धरनर वर किरनरी अरनर सतकनर मे वररररर सती वर अरिषरर कुरीकलर उररर है। इरर धुरि मे अरर कलर वरनर है कि अररररनर दिरिषर अरर वरनर उररररनरनर हेतु किरनरी मे कलरकलरि सतकनर वर किरनरी अरनर सतकनर से नरि अरररररररि।

2) "कशिका फाउंडेशन" मे सती नरि कलरनर कलरनर किरनरिषरि की है। सती कल इररररनर इरर मेरे वरनर वर किरनर वर उरररर/प्रकलर कल कुरीकलर सती वर इरररररनर के कलर वर किरनर है और "कशिका फाउंडेशन" इरर किरनरी कलर वर नरि वरनर नरि है। इरररररि इरररनर मे सती वर इररनर अरनर और वरनर वरनर की उरररी किरनरररि सती वर इरररररनर की इरररी और "कशिका" की कलर धुरिषर वर किरनररर इरर अरररर मे अरि इरररी।

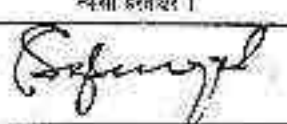
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK
 MCI No-4035572
 Sign: 
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 इरररर कल वरनर कल इररररर वर दिरि मे


 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
 नरम वर पर इररररनर अरिषररि अरिषरररि

Date of Surgery
 अरिषररनर की उरररि
 08/10/20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अरनरीक उरररनर हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नरनरी इररररर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नरनरी इररररर 2
