

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation <small>Building a better life</small>	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक		V/1020/0074	APPLICATION DATE: आवेदन दिनांक	
			08/10/20	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		Manju		AGE-YEARS आयु-वर्ष
				36
				SEX लिंग
				F
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम				
Rameshwar				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता				
Parisauli, Parisauli, Parisauli				
Dist. Mathura, U.P. 281201				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता				
Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय		Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
				<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		20000/- (Family)		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)
				NA
PAN No. आई एन सीएन				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर टिकी का निशान लगाएं)				
Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Baldev	39	M	Husband
2	Anil	12	M	Son
3	Lalshen	10	M	"
4	Kamli	07	F	Daughter
5	Anish	04	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के नाम पर प्रमाण पत्र (अनुमति पत्र की छापीली संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अनुमति पत्र की छापीली संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अनुमति पत्र की छापीली संलग्न करें)
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE. सहायता हेतु किये गये विनियों का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रास्क्रिप्शन से जोड़े गए प्रमाण पत्र			
	RE - PP			
	LB - Total Cataract			
	Surgery - (IE) STCC + EOL			
ASSISTANCE BEING AVAIL ED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAIL ED जो गैर सहायता गयी	
1	DBCS		2000/-	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 liable for reconsideration.
- 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 or the employer for which this assistance is requested).
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी धन नहीं ले लिया है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी प्रकार से किसी अन्य सहायता/व्यापक/बीमा कम्पनी से न तो धन ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- By affixing my signature or the left impression on this Form, Applicant hereby agrees & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use, publish, reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any media (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.
- 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आजीवन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बाकी विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प, न्यूज, पत्र, समाचार पत्रों, वेबसाइटों, रेडियो और टेलीविजन के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण को इलाहाबाद के पहले या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" से व्यापक अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतया सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प उसने व्यक्तियों का निराश्रय और कल्याण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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:
- 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.
 - 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.
- हमारे गोपनीयता, हस्ताक्षरों को आर से सम्बन्धी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफरिष की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफरिष/सिफरिष उक्त रोगी/रोगी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घुंटे में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफरिष के अलावा किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज करना और अपने मन को सही विवेकपूर्ण रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को सही प्रकृति या विषयवस्तु इस प्रकार में नहीं होगी।

DR. ABHISHEK HALL
MCHS
SIGN

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संपुर्ण

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/10/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद का पता	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजीवन हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजीवन हस्ताक्षर 2
	