

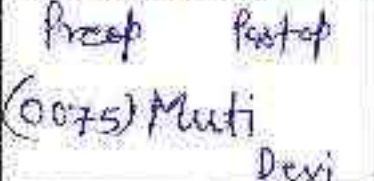


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या	V/1020/0075	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	09/10/20	
NAME of APPLICANT अर्शिक का नाम	Muti Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	47	SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/कथुष का नाम	Laxman	 Present Residence Address: <u>Boxi, Beri, Beri, Beri, Barnali</u> Dist. <u>Mathura U.P. 281122</u> Permanent Residence Address: <u>Same as above</u>		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता				
Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	 (0075) Muti Devi	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	22000/- (Family)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	NA	
PAN No. पान का संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर देता है (जो प्राय हो उस पर तिकी का स्थान लगावे)		
		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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदक के साथ संबंध
1	Parash	55	M	Husband
2	Harender	22	M	Son
3	Banti	20	M	Son
4	Vinodh	16	F	Daughter
5	Sundari	13	F	"
6	Nandya	10	F	"
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Copy) गरीबों रेशा के लेख प्रमाण पर (सहायता के लिए प्रमाण संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (सहायता के लिए प्रमाण संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (सहायता के लिए प्रमाण संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (LE) Phaco + IOL			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कई गई सहायता राशी		
1	DBCS	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):**

- 1) I hereby declare that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Applicant & ongoing assistance liable for rejection/termination.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 3) 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/झूठी सूचना देकर प्रार्थना पत्रादि प्राप्त किया जाता है तो मैं भी इसका विवरण को वा लकता हूँ।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, भत्ता, प्रत्येक के माध्यम से, या भविष्य में किसी अन्य सहायता/रोजगार/बिमा के माध्यम से प्राप्त किया जा रहा है और मैं भी भविष्य में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति):**

- 1) By striking my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photograph/prints of 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 conditions 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.
  - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'वार्डनों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटियाँ और ले-लेखा इस प्रारूप में संलग्न हैं, उसे 'कोशिका' एम्बुलेंस, दवा, चिकित्सा इत्यादि उद्देश्य से मुझे व्यक्तिगत और उपलब्धियों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। परंतु प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के लिये या उद्देश्य के लिये 'कोशिका फाउंडेशन' से लब्ध अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटियाँ और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से संलग्न हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा सहमति):**

By affixing her/his/our signature of our Authorised Signatory for recommending this case/condition for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

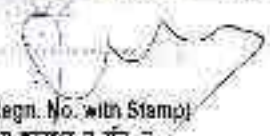
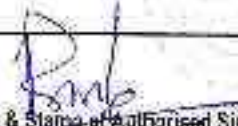
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves a 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/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 responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे हस्ताक्षर, हस्ताक्षरों की ओर से जागतिकी को "कोशिका फाउंडेशन" से "वित्तिय सहायता हेतु" सिफारिश को ज्ञात है, किसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि मैं या हमारा अथवा मैं ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय तक में हस्ताक्षर में "कोशिका फाउंडेशन" का मदद कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सिफारिश/निर्णय हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर तक रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद/सहायता वित्तिय प्रकृति की है। ऐसा कि हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या वित्तिय मदद उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा। हम हस्ताक्षर को स्पष्ट रूप से और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जोर/दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने को सही निर्णयदात्री होगी एवं हस्ताक्षर की हानि को "कोशिका" को कुछ भी नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृत के लिए संस्तुति)**

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>10/10/20</p>	<p>Dr. ASHISH K H REGN No. 1000 सिद्ध</p>  <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या इत्याक्षर या रजि. नं.</p>	 <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory अधिकृत (अधिकृत) के लिये नाम व नं. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)</p>
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक (हस्ताक्षर) 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक (हस्ताक्षर) 2</p>
