


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		founding since 1984		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या	V/1020/0077	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि	09/10/20	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम	Purniya	AGE-YEARS आयु-वर्ष	60	
		SEX लिंग	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम	Deepak	 <p>PASTE PHOTO HERE</p> <p>Preop Postop</p> <p>(0077) Purniya</p>		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता				
Barazi				
Distt. Mathura, UP 201006				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता				
Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय	21000/- (Family)	(Attach Proof of Income) / (आय के सबूत संलग्न) NA		
PAN No. / स्थाई पता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का विकल्प लगावे):				
			Yes / No / हा / नहीं ✓	
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 / आवेदक के साथ संबंध
1	Niranjan	62	M	Husband
2	Suniel	37	M	Son
3	Salma	36	F	Daughter in law
4	Senam	06	F	Grand Daughter
5	Rohaan	03	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए मिलने आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हलक उतरे चलेगा असे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / गरीब आय वर्ग के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत	
'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे क्या विकल्प 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) ERCS + IOL			
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / ली गई सहायता राशि		
1	DBCS	2000/-		

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वारा भेषक पर)**

- 1) 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 rejection/revocation later.
  - 2) 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.
  - 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 kind for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सब सच बताने का प्रयत्न किया है। यदि कोई झूठा बयान या गलत जानकारी दी गई है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं से भी अन्य सहायता या नुकसान रिफंड या अन्य सहायता/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नही ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा करण)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/print up/produce 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.
  - 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 appealable to me.
- 1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपने नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य की पुष्टि करता हूँ, एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बल, नाम, पता, फोटो, पता, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं यहाँ का विवरण में उद्देश्य के पूरा होने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" के उद्देश्य के लिये प्रसारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है और "कोशिका" एम्बल, नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग भी किया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल, नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग अंतिम और अपील योग्य होगा।

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

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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 the said 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 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की जा. से सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इन (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/सिफारिश अस्वीकार/मनाफूट हेतु मनाफूट नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल/हॉस्पिटल पर सहायता/सिफारिश हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या सहायता स्रोत से नहीं ली जायेगी।  
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा चलाये गए 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 के इलाज/चुस्का और अन्य जगह की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को सौंपी जायेगी या जिम्मेदारियाँ हस्पताल में ली जायेंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

<p>Dr. ASHUTOSH KUMAR                  18011009338573                  SIGNATURE</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)                  डाक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ</p>		<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)                  नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
<p>Date of Surgery                  अर्थक को चर्चा</p> <p>20/10/20</p>		

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1                  नाम 1 हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2                  नाम 2 हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--