



VRN - C - 20 - 10 - 0511

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation <small>Established in 2005</small>	
APPLICATION NO. अवेदन नं०		APPLICATION DATE आवेदन दिनांक		
NAME of APPLICANT अवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम		67	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		Dilli darwaza, Meerut		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता		Distt. Ghazipur, Rajasthan, 321203		
OCCUPATION व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		Preop Postop (0090) Namaga
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		NA		
PAN No. स्वयं का/का भाई का				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय-कर कादादा हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)				Yes / No हां / नहीं
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवन के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Wife	67	F	Wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये लिखते आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की तस्वीर जोड़ने की आवश्यकता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की तस्वीर जोड़ने की आवश्यकता है)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की तस्वीर जोड़ने की आवश्यकता है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु लिखें गये लक्ष्यों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अनुसन्धान/अनुसन्धान से जारी की गई प्रतिवेदन यहाँ संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (LE) SLCS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से दिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशी		
1	Lupin Foundation	1000/-		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करना):

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance liable for revocation/cancellation.

2) 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.

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 the assistance is requested.

1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई क्लियर रूप में कथन अशुद्ध पाया जाता है तो इसे रद्द किया जा सकता है।

2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी, इस राशि का आंशिक या पूर्ण हिसाब किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और नहीं ले रहा/ले रही हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

1) By affixing my signature or the thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use 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 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.

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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो क्लियर रूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन. एच.एस/एल.एस. के माध्यम से कुछ परिस्थितियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार के प्रयास करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रचार का विवरण जो इसमें है, वह सच और सही है। "कोशिका फाउन्डेशन" को इसकी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, उसके द्वारा सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स/डॉक्टर्स और अर्शकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

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 its right to make up the shortfall from another 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.

इसके अतिरिक्त, हमारा यहाँ की ओर से शर्तों/शर्तों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, यदि हम (हस्पताल) वित्तिय प्रकार से अन्य सहायता नहीं लेते हैं।

1) हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमें और भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए नहीं लेनी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पसंख्यक द्वारा सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमें ही करना है और हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का सम्बंध है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदार या जिम्मेदारी का भाग्य नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अर्शकरी के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज करने वाले हैं	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर एवं हस्पताल अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (यशो हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (यशो हस्ताक्षर 2)
