



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation <small>TRUST REGD. IN U.P.</small>	
APPLICATION NO आवेदन संख्या	V/1020/0092	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	15/10/20	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Bhumbal	AGE-YEARS आयु-वर्ष	76	SEX लिंग M
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम	Kun Malli			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता		PASTE PHOTO HERE  Preop Postop (0092) Bhumbal		
Khayra, Khayra, Khayra, Khayra Distt Mathura, UP 201401		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता		
Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय	labour	MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	19500/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	NA	
PAN No. पान संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (अगर नहीं है तो इस पर टिक का निशान लगावे)		Yes: No: हां: नहीं	<input checked="" type="checkbox"/>	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Udai	18	F	Wife
2	Thakur	35	M	Son
3	Vimala	32	F	Daughter in Law
4	Kamla	12	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेश्म के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये निशानों का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन चुनी प्रतियां			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (RE) SICS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता (राशि)		
1	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 this Applicant & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 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 co/charity, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन आयात पत्र यात्रा है तो मैं स्वीकार किया करूँगा।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन' से मिली जा रही है, उसका उपयोग इतने उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने मांगया हुआ वह राशि का कोई भी अंशिक या पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा/दान से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करता):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish-but-not-to-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 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने हस्ताक्षर की पूर्ण मंजूरी एवं 'कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे 'कोशिका' एवम् 'ट्रस्टी, दान, जापनाया दूधे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों' के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने का हक अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे हस्ताक्षर के फल या बाद में करने के लिये 'कोशिका फाउंडेशन' में न्यूनतम अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को 'कोशिका' के उद्देश्यों से प्रसारित है। मुझे क्या: महात्मता का हकदार नहीं बनना। इस सम्बंध में 'कोशिका' एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप





AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता):

- By affixing here under 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 use 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. The 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, उत्तरदायी को अंगूठे से हस्ताक्षरों को 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगा/प्राप्त नहीं की जा सके है, जैसे कि हमने 'कोशिका फाउंडेशन' से सिफारिश/अवेनचि उका के सम्बंध में 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा मांग कर रहे हैं। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/अवकाश हेतु मंजूर नहीं किया गया है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उका रोचो/प्राप्त हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेंगा/लगी।
 - 'कोशिका फाउंडेशन' से ही यह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही निर्णय लिया जा किने यह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हलाक मुक्त और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और 'कोशिका' को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभिज्ञान की तारीख 16/10/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इजाजत व रजि. नं	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	