


VRN-6-20-09-0648

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखपाल)	 Koshika Foundation Koshika, Varanasi, India	
APPLICATION No आवेदन संख्या: V/1020/0101		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 20/10/20		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Kamlesh		AGE-YEARS आयु वर्ष: 40	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम: Navesh chandra				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता: Rasadpur, Mirza, Kadirganj				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय अस्थायी पता: Dist: Kasganj, UP 207242				
Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय: Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 22000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें): NA		
PAN No. धारा 139A सत्यापित				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगायें): Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> / <input 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 आवेदक के साथ संबंध
1	Anubarn	37	F	Wife
2	Bhivans	17	F	Daughter
3	Siwati	16	F	1
4	Madhuri	14	F	1
5	Nandini	11	F	1
6	Prabhat	07	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये बिक्री आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) नहीनों देखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अलग आय इन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे रूप बिक्री का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अभ्युक्त-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबन्धन सूची संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (LE) STCS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED है कि सहायता राशी		
1	Nil			



DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance void for reimbursement or for
 - 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 (employee insurance company, or the amount for which this assistance is requested)
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सब सच बताने का प्रयास किया है। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया गया है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं भी इस सहायता को नहीं लिया है, उदाहरण के लिए अन्य स्रोतों से (कर्मचारी बीमा कंपनी में) या जो सहायता के लिए मैंने यहाँ घोषणा की है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form (Application) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use (publish, reproduce 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.
 - 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 the regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न में मैंने इसका मतलब है कि मैंने यहाँ घोषणा की है कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "आवेदकों" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, चित्र और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे कि "कोशिका" एक न्यूज, पत्र, पत्रिका, या दूसरे उद्देश्य में मुझे सम्बन्धित और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मैंने प्रश्न में विवरण को इतना सच बताया है कि मैंने यहाँ घोषणा की है कि "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के लिए प्रकाशित करने का अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कोशिका" एक उच्च स्तर की प्रचार प्रसारण और संचालन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

(Handwritten Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

- 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 to be 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.
- इसके अधिकृत हस्ताक्षरों की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण प्रकाशित करने के लिए हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच या स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि मैंने सच और सही घोषणा में विवरण सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/विवरण प्राप्त करने के लिए यहाँ घोषणा की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें कहीं भी सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी भी उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच के निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी की सहायता सुरक्षित और अपने आप की सही जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी का भाग नहीं मिलेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 24/10/20	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद नं. 3	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व नं. हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक हस्ताक्षर 1 <i>(Handwritten Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक हस्ताक्षर 2 <i>(Handwritten Signature)</i>
---	---