



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रखभाल)	 Koshika foundation <small>Building care of life</small>	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या	V/1020/0/10	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	22/10/20	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम	Lata Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	49	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्रवर्ग का नाम	Jaydesh	 Presb Postop (07/10) Lata Devi		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसारीय पता				
Babbari, Babbari, Babbari				
Distt. Mathura U.P. 201005				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय अवसारीय 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 का प्रमाण संलग्न): NA		
PAN No. क्या है या नहीं				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर सही का चिह्न लगाएं)				
Yes / No हां / 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Rajkumar	51	M	Husband
2	Manoj	28	M	Son
3	Vijay	24	M	Son
4	Vijayesh	23	F	Daughter-in-law
5	Manushi	03	F	Grand Daughter
6	Bhavika	02	F	" "
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्न लगाएं				
BPL Card (Attach Card Copy) पीबीसी कार्ड का नॉन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएस सीआर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Total 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 लिया 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 (आवेदक द्वारा कथना पर):

- 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 immediate 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 assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or receive reimbursement in part or in full, from any other source (employer/insurance company or the insurer) for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई त्रुटिपूर्ण एवं कथन असत्य पाया जाए तो मैं अपने उपाय विवरण निरस्त करी जा सकती हूँ।
- मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउन्डेशन" से सौदागी नहीं है, उसका उपयोग अब और भविष्य में पूर्णतः अलग किया जाएगा। मैं इस प्रत्यक्ष में मदद मांग रही हूँ।
- मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने कहीं भी मदद मांगी नहीं है, उदाहरितः मेरे परिवार या कर्मचारी द्वारा किया गया प्री-पेमेंट/रिफंड/इन्सुरेंस कंपनी से मैंने मदद नहीं मांगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथना):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use personal details (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 donors 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 fulfilment 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 तरह मैं अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषणा है, उसे "कोशिका" द्वारा चयनी, दान, प्रायोजन या दूसरे उद्देश्य से मुझी गतिविधियों और उपलब्धियों को विज्ञापित करने के लिए प्रयुक्त किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कौशिका के उद्देश्यों से प्रचारित हूँ। मैंने कौशिका फाउन्डेशन का उपयोग नहीं किया। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों को विज्ञापित और प्रायोजन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथना):

- By affixing the doctor's 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 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रत्यक्ष में मांग या स्वीकार करती हैं।
- यदि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी से लेते या लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद उपाय से सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद सिफारिश/कमला हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हींय वद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, रोगी पर हस्तगत रूप से कोई भी सलाह या चिकित्सा कार्य सहायता/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इलाज/उपचार से रोगी के इलाज प्राधान्य और आगे जाने की सार्विक/वैद्यकीय रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या विनोद/उपाय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 23/10/20	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप, न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा कथना)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	