


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <small>for the people</small>	
APPLICATION No. : अनुप्रति संख्या :		v/1020/0113		APPLICATION DATE अनुप्रति तिथि : 22/10/20	
NAME of APPLICANT अनुप्रति का नाम		Ramvati		AGE-YEARS अनु. वर्ष	SEX लिंग
				51	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्र का नाम		Baiju			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता					
Jastav garden mchalla, chhata					
Distt. Mathura U.P. 201401					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय अवासीय पता					
Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)	
Home Maker				<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> UNMARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of income) (आय का सबूत संलग्न)	
19500/- (Family)				NA	
PAN No. स्वयं का 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 चिह्न लगाएं)					
				Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age / Years उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अनुप्रति के साथ संबंध	
1	Suresh	53	M	Husband	
2	Ganesh	25	M	Son	
3	Vijay	21	M	Son	
4	Raena	19	F	Daughter in Law	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये दिवसि आधार					
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपाय पत्र (प्रमाण पत्र की शर्त पर संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की शर्त पर संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) आपूर्तिकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की शर्त पर संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गृहे विनती का उद्देश्य:					
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached प्रमाणपत्र/उपचार से जुड़ी वो गई उपनिवेदन सूची संलग्न				
	RE - Senile Cataract				
	LE - Senile Cataract				
	Surgery - (LE) BICR + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	
1	DBCS			2000/-	



DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा किया गया):

- 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 recoupment/offset.
- 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/employment/insurance company, of the amount for which assistance is being requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी से अनुमानित एवं सही हैं। यह कोई विवरण एवं स्थान अज्ञान तथा चर्चा है तो भी सहजता किताब को खसकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी मदद ली है, उसका उपयोग उनी उद्देश्य को पूर्ण रूप से प्राप्त किया करना, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या वर्तमान में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मदद ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा किया गया):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/reproduce my name, address, phone & 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/commitments. 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 oblige 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रित छाप लगाकर मैं (अर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन' और उसके 'ट्रस्टियों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में जोड़कर हैं, उसे 'कोशिका' द्वारा चर्चा, पत्र, पत्रिका/पत्र, इत्यादि उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी सहमति का अर्थ यह है कि मैंने 'कोशिका फाउंडेशन' से मदद ली है, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहजता के उद्देश्य से प्रसारित किया जा सकता है और कि 'कोशिका' द्वारा उक्त चर्चाओं का निर्माण किया और प्रसारित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक का हस्ताक्षर या मुद्रित ना निम्न



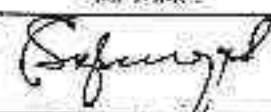
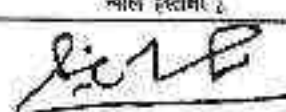
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

- By affixing here under, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & 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 the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This declaration especially 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 adopted/proposed by the Hospital on the patient is based on the charge sheet 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, हमारा यहाँ नीचे दिये गए अधिकृत हस्ताक्षर/मुद्रित छाप के द्वारा 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 - हम किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वित्तीय सहायता किताब को खसकती जानकारी से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मदद ली है, जो 'कोशिका फाउंडेशन' से मदद ली जा रही है, जो 'कोशिका फाउंडेशन' से मदद ली जा रही है। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो 'कोशिका फाउंडेशन' से मदद ली जा रही है। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो 'कोशिका फाउंडेशन' से मदद ली जा रही है।
 - हम 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता के लिये सिफारिश करते हैं कि 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता के लिये सिफारिश की जाती है।
 - 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता के लिये सिफारिश की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिये संसृति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 23/10/20	Sign: _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	_____ (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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