



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Health, Back & Life	
APPLICATION NO आवेदन संख्या: V/1020/0114		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 22/10/20		 PASTE PHOTO HERE (0114) Dulari	
NAME of APPLICANT आवेदन का नाम: Dulari		AGE-YEARS आरु वर्ष: 65	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुण का नाम: Rati Ram		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता: Chandauri, Mathura			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता: Same as above			
OCCUPATION व्यवसाय: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 2000/- (Family)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		[Attach Proof of Income] (आप का साक्ष्य संलग्न): NA	
PAN No. ट्पाई आरु संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आरु आय कर दाता हैं (जो मानें उसे टिक करें वही का चिह्न लगाएं)		Yes / No है / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1	Dachander	100	M	Husband	
2	Rupm Singh	40	M	Son	
3	Shiv Ram	35	M	Son	
4	Laxmi	30	F	Daughter in law	
5	Sheela	34	F	" " "	
6	Gyanam	14	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार:					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया त्रि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया त्रि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया त्रि संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे लिये चिह्नित उद्देश्य:					
Sr No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन एवं संपत्र				
	RE - Senile Cataract				
	LE - Senile Cataract				
	Surgery - (LE) SICS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि			
1	DBCS	2000/-			

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा प्रेषण पर):

- I hereby declare in full and true details in this Form and True in the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly declare that assistance, if received from Koshika Foundation will be used only for the "purpose" as stated in this Form, for which such assistance was received by me.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, seek reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount of this assistance is received.
- मैं यथा सत्यता है कि इस प्रत्यक्ष में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता स्थिर की जा सकती है।
 - मैं यथा सत्यता घोषित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में भरा गया है।
 - मैं पुष्टि करता हूँ कि कितना सहायता हेतु पर प्रार्थना नहीं करूँगा, इस विधि का अधिक या अलग हिस्सा किसी अन्य सहायतादाता/व्यक्ति/कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा प्रेषण):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/advertise 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 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपने हस्ताक्षरों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, उक्त "कोशिका" द्वारा, प्रतियोगिता, दान, धारणाएँ इसके उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रचार का विवरण पर इनका कोई भी प्रचार या प्रचार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
 - मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा प्रेषण):

- By affixing my signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 the 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर/अधिकृत, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेनी या लेनी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/संस्था हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्था को या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला निर्णय प्राप्त उक्त संबंध/मरीज हेतु किसी भी संस्था को किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई प्रस्ताव कि कितने उक्त उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल कि चयन का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय प्रदान नहीं है। हस्ताक्षर/हस्ताक्षर से रोगी के स्वास्थ्य सुरक्षा और अपने अपने को सभी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 23/10/20	Dr. ARUNDEK HA... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व संशोधन व मुद्रा	 [Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital] नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--