

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C/0320/0511		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 12.03.2020		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Bala		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ताक्षर का नाम Bhupal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Load new newi, Ginday Hewi, Sahelwala Babal Buxing, Mittay Pradeh 247120				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता As above				
OCCUPATION : व्यवसाय House makey		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 58,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes (हाँ) <input type="checkbox"/> No (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 सम्बंध
(1)	Bhupal	70	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रलिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC			
(2)	Surgery - RE - SICE JOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशि		
(1)	SCEH			



Preop Postop
0511 Bala

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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, if any, 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 company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी सहायता हेतु पत्र प्रार्थना नहीं करूँगा, जो कि, उस रोगी का आर्थिक या वकालत विषय किसी अन्य डॉक्टर/निर्वाहक/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 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.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए प्रयोग करेगा। इस प्रारूप में मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन या उसके 'व्यवस्थापकों' द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय होगा और कोशिका फाउंडेशन का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature and a purple thumb impression.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

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 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 की ओर से हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- जो कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अधिकृत/सफल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल को उक्त रोगी के सम्बंध में किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रारंभ किए गए उपचार/प्रक्रिया के लिए कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय होगा और कोशिका फाउंडेशन का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>12.03.2020</p>	<p>MOHD. RAMEEZ REZA M.B.B.S., M.S. OPHTHALMOLOGY (AMU.) FICO LONDON (BASICS) Reg. No. DMC/112694 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व तारिख</p>	<p>VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Handwritten Signature]</i></p>	<p><i>[Handwritten Signature]</i></p>