



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Back of Life	
APPLICATION NO. आवेदन संख्या: <u>U/0320/1227</u>		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: <u>02.03.20</u>			
NAME OF APPLICANT: आवेदन का नाम: <u>Unakul Das</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष: <u>76</u>	SEX लिंग: <u>M</u>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कथुन का नाम: <u>Sobhanam</u>		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: <u>Nai Boushi, Bishwanath, Bishwanath</u>			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय आवासीय पता: <u>DISTT- HATHRAS, O.P. 281302</u> <u>same as above</u>			
OCCUPATION: व्यवसाय: <u>unemployed</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		(1227) Unakul Das Preop Postop	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: <u>5500/-</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): <u>NA</u>			
PAN No. <u>स्थाई पत्रा संख्या</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (अंको में से एक को चिह्नित करें):		Yes / No हाँ / 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 आवेदन के साथ संबंध	
(1)	<u>Shumati</u>	<u>75</u>	<u>F</u>	<u>wife</u>	
(2)	<u>Kancham</u>	<u>54</u>	<u>M</u>	<u>son</u>	
(3)	<u>Suresh</u>	<u>50</u>	<u>M</u>	<u>son</u>	
(4)	<u>Meena</u>	<u>56</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>	
(5)	<u>Yojesh</u>	<u>47</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>	
(6)	<u>Rajesh</u>	<u>21</u>	<u>M</u>	<u>Grand son</u>	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए निवेदन आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) नीचो रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रॉफ़े संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रॉफ़े संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (अनुप पत्र की साथ प्रॉफ़े संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन युक्त संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या					
<u>RE- JMSC</u>					
<u>LE- JMSC</u>					
<u>Surgery - (LE) SACS + JOL</u>					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल गया तो?					
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी गई सहायता पंजी	
<u>6</u>		<u>SCPM</u>			

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिक द्वारा घोषणा करना)

- 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 null & void for the purpose intended.
- I solemnly confirm that assistance 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 such as employer/insurance company of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा गलत सच है तो मेरी आवेदन पत्र निरस्त हो जा सकता है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में देया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी, इस सहायता का पूरा या आंशिक रूप में किसी अन्य स्रोत/बीमा/कर्मचारी से प्राप्त किया है और न ही करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use 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 this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर मैं (अर्शिक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और जो "कोशिका फाउंडेशन" में घोषित है, उस "कोशिका" दम्प, पत्नी, बच्चे, पालनपोषण द्वारा उपलब्ध हो चुकी "वैदेशिक" और उपलब्धियों के संबंध में प्रचार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रेषण का विवरण मेरे प्रेषण के पत्रों या चर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि फाउंडेशन के उद्देश्यों के प्रेषण है, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" दम्प, दम्पक या किसी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory (or recommending his/her 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 expressly 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.
- हमारे अधिकृत, इलाहाबाद की ओर से सहायता देने की "कोशिका फाउंडेशन" से विनियमित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता किसी भी आजीवन प्रेषण या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मार्ग से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त क सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषण हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्रेषण या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में अस्पताल का मत है कि अस्पताल विनियमित प्रेषण करने योग्य/सम्पन्न हेतु किया है। आजीवन प्रेषण या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता लेना विनियमित स्वीकृति की है। लेने पर हस्पताल द्वारा दोष नहीं लगाया जा किन्तु न तो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल का मत है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई उपचार नहीं है। इसलिए हस्पताल में मरीज को उपचार प्रदान और अपने स्वयं की यात्री सहायता से एवं हस्पताल की सहायता और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. ABHISHEK HANDE RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
MCI No. 09-35572 सहायता के लिए अनुमति

Date of Surgery
अपराहण की तारीख
02.03.20

(Signature)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

(Signature)
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आजीवन प्रेषण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
श्री श्री हस्ताक्षर 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
श्री श्री हस्ताक्षर 2
(Signature)