

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.
आवेदन संख्या

V/0320/1253

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

06/03/20

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Om Prakash Sharma

AGE/YEARS आयु वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER/S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पति/स्वयं का नाम

Jimena Prasad



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता

Seeh nag road, Nepal gunj, Bhagalpur

Dist - Bhagalpur, Bihar, 801001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी अस्थायी पता

Same as Above

Pratap Pratap
(1253) Om Prakash
Sharma

OCCUPATION
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. स्वयं जारी संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उसे पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

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 संबंध
1	Shakuntala	64	F	Wife
2	Rajesh	31	M	Son
3	Rupali	85	F	Daughter in law
4	Mahesh	10	M	Grand Son
5	Pooja	07	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किये गए आधार

BPL Card (Attach Copy) गरीबों के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गए चिकित्सीय उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senior Cataract
	LE - Senior Cataract
	SURGERY - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है।

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED तो गई सहायता राशि
1	SEH	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान):

- 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 suspension/revocation.
- 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 no, & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source (i.e. insurance company, or the amount for which the assistance is requested).
- मैं यथासंभव सचता है कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ कथन अथवा पता सच है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यथासंभव सचता 'कोशिका फाउंडेशन', से जो आ रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्णतः के लिए किया जाएगा जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- मैं यथासंभव सचता है कि मैंने सहायता हेतु पर प्रत्याशना की नहीं है, अन्य सहायता का अधिकार या स्वतंत्र हिसाब किसी अन्य सोसायटी/व्यक्तिगत व्यक्ती से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बयान)

I, by signing my signature or the thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize (print-up/produce) 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, फोटो/चित्रों द्वारा उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों को विपणन करने की प्रयत्न करने में प्रयुक्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण हेतु स्वतंत्र रूप से करने या बाद में अन्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जाली अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य हेतु प्रयोग में लाना सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य-व्यक्तियों का विपणन शोध और जांचकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप

(Handwritten Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा बयान)

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this case/application 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 receiving it from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation or for an amount less than the Hospital requires, it is right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not seek 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 selected/recommended 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.

हमारा अधिकृत, उपाध्यक्ष को ज्ञापन से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से विनिर्दिष्ट सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनिर्दिष्ट सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/सहायता से लाने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/स्वीकृत हेतु प्रत्युत्तर को किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता से किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विनिर्दिष्ट मदद उक्त रोगी/सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2: "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है, ऐसी जे हस्ताक्षर द्वारा ही यह मदद या विधि एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रदान नहीं है, इसीलिए हस्ताक्षर ने रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने को सभी विषय/उपचार/विधि/उप उपकरण को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या योगदान इतना प्रदान नहीं करती/करेंगे।

DR. ABHISHEK HANDE RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
MCI No. 09-35572 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Sign.....
(Handwritten Signature)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम या हस्ताक्षर या रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम न पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE OF TRUSTEE 1 नाम 1 (हस्ताक्षर)	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 नाम 2 (हस्ताक्षर)
<i>(Handwritten Signature)</i>	<i>(Handwritten Signature)</i>