

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन नम्बर: **V/0320/1275**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **08/03/20**

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: **Ashok Kumar**

AGE-YEARS आयु वर्ष: **52**
 SEX लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **Sunilpal Singh**



Princip Postop
 (1275) Ashok Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Vill. Bhaxapura, Takhana, Takhana**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **DISTT - Mainpuri, U.P. 205265**

SAME AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय: **Shop Keeper**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **20000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें): **NA**

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगावे):
 Yes / No हाँ / नहीं No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ramwati	50	F	Wife
2	Kailash	24	M	Son
3	Rajal	20	F	Daughter
4	Shrestha	18	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / नदीवी रोज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (उच्च आय वर्ग की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु लिये गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/दवाइयों की सूची
	RE - Senile Cataract
	LC - Senile Cataract
	Surgeon - (IIE) STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है:

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लेई गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & request assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement or paid or unpaid, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं जगजाह्न करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में सभी विवरण सच व सही हैं। यदि कोई विवरण सच व सही नहीं है तो मेरी आवेदनपत्र निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से मिली जा रही है। उसके द्वारा उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 6) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने आवेदनक हेतु वह राशि नहीं ली है, जो मेरी किसी अन्य सहायता/व्यक्तिगत कम्पनी से न मिली है और - इसे वसूल नहीं किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/print/publish/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 it's 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.
- 2) 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 substantially 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 on this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस आवेदन पत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन" और उसके स्वामीयों "को" अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है उसे "कोशिका" एवम् "वार्ड", या, आवश्यकतानुसार उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी दूसरे माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता की उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनवाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके स्वामीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत):

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory, for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital), hereby affirm & accept following:

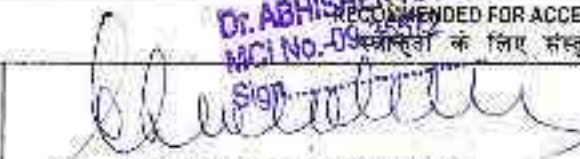
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in particular, if then the Hospital, we reserve 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 financial assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) 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 जाते हैं आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए आवेदनकर्ता को सहायता प्रदान करने के लिए आवेदनकर्ता से उक्त उद्देश्यों के लिये या से जो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/निर्णय करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निर्णय अस्वीकार/प्रकार हेतु कसूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता के लिए आवेदनकर्ता को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि आवेदनक द्वारा प्रदान की गई सहायता हेतु किसी अन्य सहायता प्रदान करने के लिए आवेदनकर्ता को नहीं लक्ष्यकर्ता।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है। यह कि हस्पताल द्वारा जो भी प्रदान किया जायेगा वह केवल वित्तीय सहायता का स्वरूप होगा और हस्पताल के द्वारा जो विवरण है उसे "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान करने का कोई हक्क नहीं है। इसलिए हस्पताल में उक्त उद्देश्यों के लिए प्रदान किया जायेगा और आवेदनकर्ता को जो भी सहायता प्रदान की जायेगी "कोशिका" को कोई भविष्य का विवरण/उद्देश्य प्रदान करने में नहीं होगा।

Dr. ABHISHEK HANDA
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
MCI No. - 09
हस्ताक्षरों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
09/03/20


(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ


(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 असामी इलाज 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 असामी इलाज 2
