

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : 13/1025 / 2116
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 12/10/20
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Ashok
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 66
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Hasan
पिता/कटुम्ब का नाम



PrOP-PostOP
2116-Ashok

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Bareilly
Uttarpradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
11

OCCUPATION : Coolie
व्यवसाय
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 19000 / -
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खाता संख्या
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No
हाँ / 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 सम्बन्ध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि अनुसार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पीपीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे लक्ष्य विधायी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cat + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 AVAILED सी गई सहायता राशि

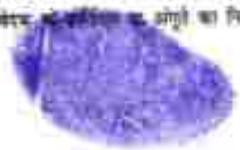
DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषण कर:

- 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 & ongoing 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, 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 प्रकार में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकार में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले चुका हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहायता के लिए घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् "कोशिका" द्वारा, कक्षा/घर द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों को प्रदर्शित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

- 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 part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from any other 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोड़ने में भागले-रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता को स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो-प्राप्त होने में लगे या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/कियी उपाय के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/प्रदान हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल/किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इतनी तरह उपाय ले-प्राप्त हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं ले-प्राप्त लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले-प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ले-प्राप्त सहायता किन्तु सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जहाँ की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

M. Swikruti
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जरी का तिथि 17/10/05	<p>Dr. PRIETHI, B.K. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर के लिए</p>	<p>M. LAKSHMI PATHI Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के लिए अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
--	--