

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1018/1461
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/10/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHANTI DEVI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 60
SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMKRISHNA KUSHWAHA
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MATFURKI, KUSHNAGAR, OTTAR PRADESH, 284207
वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवास पता

OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्याई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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
1.	SHANTI DEVI	60	F	SELF
2.	RAMKRISHNA KUSHWAHA	90	M	HUSBAND
3.	SANJAY KUSHA	28	M	SON
4.	GITA DEVI	25	F	DAUGHTER
5.	SANGITA DEVI	21	F	DAUGHTER
6.	SARITA DEVI	29	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICUTAL)

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

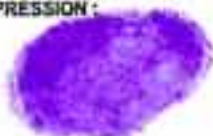
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये 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 यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशलिका फाउन्डेशन", से जो राशि मुझे मिलेगी, उसका उपयोग बसो उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता मुझे प्राप्त करनी होगी है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी भी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक कड वळत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी छवि को प्रुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रुष्टि हैं, उसे "कोशिका" एबन् न्यासी, राज, साधनाया द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिविर्धित और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार साध्य से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्त्य के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रागत को उद्देश्य से प्रुष्टि है मुझे स्वतः छात्रागत का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एबन् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और साध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आमोदक के इलाखर पर अंग्रे के निगल



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 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.
- 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.

हमारी अधिकांश, हस्तधारी की ओर से मायसेलेनी को "कोशिका प्रयन्त्र" से विविध संश्लेष हेतु सिन्थेस की जाती है, जिसे हम (हस्तधारी) दिव्य प्रकार से माय व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सार्वजन और न ही व्यक्ति में व्यक्ति सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य श्रोता से उक्त ऐंग्रेजमन्तों में लेने या ले खो है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिपप्रातिवर्षिक उक्त के सम्पत्ति में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमि आगिक/सकल हेतु बनुर नही किम ज्ञात है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुविध रखता है। इस सुवि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त ऐंग्रेजमन्तों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सपन से नही लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंग्रेज पर हस्तगत द्वारा ऐ गई शल्य या किमे एवं उपचार/प्रक्रिया का पुनरा ऐंग्रे एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नही है। इसलिये हस्तगत में ऐंग्रे के हस्तगत सुधार और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंग्रे एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/10/18		Dr. Phananjay Giri MBBS MS Reg. No. 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. पणनजय गिरि के रूप में हस्ताक्षर व मुद्रा		Shashi Kant Singh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षाल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्याप्ती हस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्याप्ती हस्ताक्षर 2		
