

C18/12/0115

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 5/1218/0878		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 05/12/018			
NAME of APPLICANT / आवेदनकर्ता का नाम : Pooran Singh		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 68	SEX / लिंग : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : Sh. Sannam Singh					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Vasundhara, Gaudan					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : Dist - Firozabad U.P. - 283203				Prep Postop (0878) Pooran Singh	
OCCUPATION / व्यवसाय : Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 2.5M/-		(Attach Proof of Income / आय का सबूत संलग्न करें) : NA			
PAN No. / आयकर पहचान संख्या : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को सही का चिह्न लगाएं) : ☒ Yes / हाँ					
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 / आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध	
1.	Trishu	63	F	Wife	
2.	Rabishpal	38	M	Son	
3.	Khajam Singh	30	M	Son	
4.	Silendra	27	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/परीक्षा से जारी की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न					
Sr. No. / क्रम संख्या					
	KE - TMS				
	LE - TMS				
	Surgery - (E) S2 + T2				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रहा है?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE / मिल रहा सहायता राशि		
1	SCEH				

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक कुमार मेहरा १४

- DECLARATION by APPLICANT: मैं/मैंने इस प्रकार यह:
- 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 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 cost for which this assistance is requested.
- (1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- (2) मैं इस बात का गंभीरता पूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो मैंने प्राप्त किया है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करने का वादा करता हूँ, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रार्थना की थी।
- (3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना किसी भी तरह की प्रतिपूर्ति के, मैंने इस उद्देश्य के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के पैसे का उपयोग नहीं किया है और न ही उपयोग करने की योजना है।

AGREEMENT by APPLICANT (continue on next page)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को चपक लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, को "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दान, वाचनालय दुर्गा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों में जैसे किसी भी प्रकार वाचनालय से प्रकाशित करने में लिए उपयोग करे। मेरे प्रपत्र का प्रकाशन को प्रकाशन को करने का मत मेरे करने का मत "कोशिका फाउंडेशन" व न्याताओं अधिकृत है।
- (2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशन को उत्प्रेषण से अधिकृत है मुझे प्राप्त, वाचनालय का उपयोग नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उठाए गए निर्णयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

understand what you're doing, and what not to do.

92.154

AGREEMENT by HOSPITAL (RPHS 20 400)

- 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 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.
- इससे अधिपत्र, इसमें नीचे की बातें से सहमत/सहमत हो "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) मिल प्रकार से साथ या उपचार करते हैं।
- 1) यह कि हम ही कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता किसी भी समकालीन समय या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश इससे संबंधित "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु समुचित की किताब में से उपलब्ध किसी अन्य भी समकालीन समय या किसी अन्य उपलब्धता से सहायता लेने का अधिपत्र सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि उपलब्ध ऐसीय प्रकार उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी समकालीन समय या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगीयता द्वारा ही यह सहायता या बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं उपचार से योग्य का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए उपलब्धता में लेनी से उपलब्ध सुरक्षा और साथ ही साथ रोगी/रोगी को लेनी और "कोशिका" को कोई दबाव या किसे/किसी इस सहायता में नहीं होगी।
- DR. SANKU'S EYE Care

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संजीवनी के लिए संभालें

Dr. Ashwini Kumar

M855 MS FICO

Reg. No. 66028

Therapy

(Name of Dr. & Region/Neighborhood Stamp)

हार्दय का नयन व धम्मपद व सवि. ३

(Name, Designation & Stamp of Authorizing Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद सम्बन्धित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अध्यक्ष: ठपकोटि सिंह

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो भगवते वासुदेवाय ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Figure 2

list