

C19/02/0859

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0219/0835

APPLICATION DATE :

आवेदन दिनांक

25/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gulli Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हठुस्य का नाम

Chote Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसानीय पता

Purana Rajgarh, Teh. - Rajgarh,

Dist - Muzaffarpur, Bihar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई अवसानीय पता

C/S above



prop.

0835

Pastor

Gulli Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House Wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

72,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

Na

PAN No. स्थाई खाता संख्या

Na

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे):

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 सम्बंध
(1)	Baby Lal	45	M	son
(11)	Jagdish	42	M	son
(111)	Kelash	37	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दरभोजनाई कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE - T MSC IE - T MSC
②	Surgery - IE - SICS + 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 इस उद्देश्य के हेतु प्राप्त सहायता राशि
①	SCEH	

I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null and void.

Assets received from Kinship Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assets

2) 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 शीघ्रता के साथ ही इस प्रश्न के दिने एवं सही विवरण में ही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हूँ। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निराला की जा सकती है।
- 2) मैं इस के माध्यम से "अतिरिक्त जानकारी", जो सही या सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं शीघ्रता के साथ ही इस सहायक से यह प्रश्न भी पूछूँगा, जो सही या सही है, उस सही या सही जानकारी या सही जानकारी किसी अन्य सहायक/सहायक/सहायक से न हो सके है और न ही सहायक में सही।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)

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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों" की अधिपूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोद्योग है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, सहायता, दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिपूत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यासी अधिपूत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਸਾਬਿਰਕਾ ਭੀ ਹਸਨਾਥਰ ਥਾ ਸੰਧੂਣੇ ਕਾ ਨਿਸ਼ਾਨ



AGREEMENT BY HOSPITAL (यह भी भरें)

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.

हमारे अधिकाृत, हस्ताक्षरी को और से सम्बन्धित को "कोशिका कायार्थक" से विविध सामग्री हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से नाम व मीमांसा करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिनियम में किसी अस्पष्टता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्कोल से उठा लेने/मार्गमें में लेने या ले जाने है, बल्कि कि हमने "कोलिका पाठ्योपन" से सिपली/सिपिलि उठा लेने संस्था में "कोलिका पाठ्योपन" इस पदर हो कि है। यदि "कोलिका पाठ्योपन" इस संस्था किसी अधिनियम/पदर हो कि उठा लेने संस्था में किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में संस्था लेने का अधिकार सुनिश्चित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्था किसी पदर उठा लेने/मार्गमें में लेने किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेने/मार्गमें में लेने।
2. "कोलिका पाठ्योपन" से लेने यह संस्था संस्था किसी उठा लेने को है। लेने पर संस्था इस को यह संस्था या बिने यह संस्था/सिपिलि का सुनिश्चित लेने यह संस्था से लेने का विषय है और "कोलिका पाठ्योपन" इस किसी उठा लेने का कोई दायर नहीं है। इसलिए संस्था में लेने के द्वारा सुनिश्चित और लेने को लेने किसी/सिपिलि लेने यह संस्था को लेने और "कोलिका" को कोई दायर का किसी/सिपिलि उठा लेने में नहीं लेने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती पे लिष्ट संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/02/19

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 025004

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डा. अ. प्र. शर्मा, अध्यक्ष, अस्मिता अस्पताल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE OF TRUSTEE:

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मार्गदर्शक प्रमाणिका २

list