

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 1/0219/1087
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 03/02/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Rajendra
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Hanu Dyal
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tenba, Ujhani

Distt - Budauhi U.P. 24-3639

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(1087) Rajendra

OCCUPATION: Labour
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पता है (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 संबंध
1	Meera	51	F	WIFE
2	Sunderam	31	M	SON
3	Anvini	20	M	SON
4	Dumendram	28	M	SON
5	Honeyam	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - ILM SC
	LE - Total Traumatic Cataract
	Surgery - (LE) SICCS + 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 सी गई सहायता राशी
	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 applicable 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, केवल उपरोक्त उद्देश्य के पूर्ण के लिये किम्वद्वारा, जो इस प्रत्येक में सत्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य में या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही प्रत्येक में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषणा करें, जो "कोशिका" एम्बुलेंस, घर, संपत्ति या अन्य उद्देश्य से मुझे वित्तीय सहायता को लिये किसी भी प्रकार प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे द्वारा के पता या घर के पते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रचारित के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस प्रत्येक में "कोशिका" एम्बुलेंस भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप

21 जेम्स सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से भरोदारों/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन से किसी अन्य रोगी के लिए सेवीयता से लेने का लेना है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता सहायता हेतु प्रस्तावित नहीं किया जाता है तो हमारे पास और सहायता संगठन से किसी अन्य सहायता संगठन से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं किया है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु सेवीयता से लेने का लेना है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार द्वारा ही यह सहायता को लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर के लेने के प्रत्येक प्रस्ताव और लेने के प्रत्येक प्रस्ताव को रोगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय सहायता हेतु नहीं होता।

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-36572
Sign.....

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/02/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital/Dist. Magistrate)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदारों हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदारों हस्ताक्षर 2

Signature