

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :		 Building block of life.			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		AGE-YEARS उम्र-वर्ष :				SEX लिंग :	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम :		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता :					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता :		OCCUPATION : व्यवसाय :				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		PAN No. स्थायी खाता संख्या :				ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण		Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार				"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:	
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		Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 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		Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.		DIAGNOSIS - CATARACT-RE		2.			
2.		SURGERY - RE (SICS + IOL)		3.			
4.		5.		6.			
7.		8.		9.			
10.		11.		12.			
13.		14.		15.			
16.		17.		18.			
19.		20.		21.			
22.		23.		24.			
25.		26.		27.			
28.		29.		30.			
31.		32.		33.			
34.		35.		36.			
37.		38.		39.			
40.		41.		42.			
43.		44.		45.			
46.		47.		48.			
49.		50.		51.			
52.		53.		54.			
55.		56.		57.			
58.		59.		60.			
61.		62.		63.			
64.		65.		66.			
67.		68.		69.			
70.		71.		72.			
73.		74.		75.			
76.		77.		78.			
79.		80.		81.			
82.		83.		84.			
85.		86.		87.			
88.		89.		90.			
91.		92.		93.			
94.		95.		96.			
97.		98.		99.			
100.		101.		102.			
103.		104.		105.			
106.		107.		108.			
109.		110.		111.			
112.		113.		114.			
115.		116.		117.			
118.		119.		120.			
121.		122.		123.			
124.		125.		126.			
127.		128.		129.			
130.		131.		132.			
133.		134.		135.			
136.		137.		138.			
139.		140.		141.			
142.		143.		144.			
145.		146.		147.			
148.		149.		150.			
151.		152.		153.			
154.		155.		156.			
157.		158.		159.			
160.		161.		162.			
163.		164.		165.			
166.		167.		168.			
169.		170.		171.			
172.		173.		174.			
175.		176.		177.			
178.		179.		180.			
181.		182.		183.			
184.		185.		186.			
187.		188.		189.			
190.		191.		192.			
193.		194.		195.			
196.		197.		198.			
199.		200.		201.			
202.		203.		204.			
205.		206.		207.			
208.		209.		210.			
211.		212.		213.			
214.		215.		216.			
217.		218.		219.			
220.		221.		222.			
223.		224.		225.			
226.		227.		228.			
229.		230.		231.			
232.		233.		234.			
235.		236.		237.			
238.		239.		240.			
241.		242.		243.			
244.		245.		246.			
247.		248.		249.			
250.		251.		252.			
253.		254.		255.			
256.		257.		258.			
259.		260.		261.			
262.		263.		264.			
265.		266.		267.			
268.		269.		270.			
271.		272.		273.			
274.		275.		276.			
277.		278.		279.			
280.		281.		282.			
283.		284.		285.			
286.		287.		288.			
289.		290.		291.			
292.		293.		294.			
295.		296.		297.			
298.		299.		300.			
301.		302.		303.			
304.		305.		306.			
307.		308.		309.			
310.		311.		312.			
313.		314.		315.			
316.		317.		318.			
319.		320.		321.			
322.		323.		324.			
325.		326.		327.			
328.		329.		330.			
331.		332.		333.			
334.		335.		336.			
337.		338.		339.			
340.		341.		342.			
343.		344.		345.			
346.		347.		348.			
349.		350.		351.			
352.		353.		354.			
355.		356.		357.			
358.		359.		360.			
361.		362.		363.			
364.		365.		366.			
367.		368.		369.			
370.		371.		372.			
373.		374.		375.			
376.		377.		378.			
379.		380.		381.			
382.		383.		384.			
385.		386.		387.			
388.		389.		390.			
391.		392.		393.			
394.		395.		396.			
397.		398.		399.			
400.		401.		402.			
403.		404.		405.			
406.		407.		408.			
409.		410.		411.			
412.		413.		414.			
415.		416.		417.			
418.		419.		420.			
421.		422.		423.			
424.		425.		426.			
427.		428.		429.			
430.		431.		432.			
433.		434.		435.			
436.		437.		438.			
439.		440.		441.			
442.		443.		444.			
445.		446.		447.			
448.		449.		450.			
451.		452.		453.			
454.		455.		456.			
457.		458.		459.			
460.		461.		462.			
463.		464.		465.			
466.		467.		468.			
469.		470.		471.			
472.		473.		474.			
475.		476.		477.			
478.		479.		480.			
481.		482.		483.			
484.		485.		486.			
487.		488.		489.			
490.		491.		492.			
493.		494.		495.			
496.		497.		498.			
499.		500.		501.			
502.		503.		504.			
505.		506.		507.			
508.		509.		510.			
511.		512.		513.			
514.		515.		516.			
517.		518.		519.			
520.		521.		5			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 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) मेरी द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य फोन्ड/विलेज/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, सामग्री एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक 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 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.

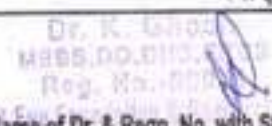
हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्पले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विना प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित/अनुमोदित हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इलाज पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख ११/११/१९	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
