

C19/08/0058

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 6/08/19/023		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 05.08.2019			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Kishan		AGE-YEARS आयु-वर्ष 44	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम Chetram					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता House no-09, Vikas nagar Road, Vill - mauva Post - Sabhal, Mansil - Behat Dist. Saharanpur 247121					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता as above					
OCCUPATION : व्यवसाय laboury			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 42000			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>					
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)	Niryala	38	F	Wife	
(2)	Sanku	15	M	Son	
(3)	Krishu	5	M	Son	
(4)	Artika	4	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
(1)	Diagnosis - HE I.M.C + Pterygium LE msc				
(2)	Surgery - LE SICS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि			
(1)	SCEH				

Pre op Post op
023 Kishan

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 or for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं झूठा बयान प्राप्त याद है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, इसका उपयोग केवल प्रस्ताव में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रस्ताव नहीं है, जो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो कि किसी और वही सहायता से प्राप्त हो।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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/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 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, लिखित, दूर, याचक/रूप में प्रसारण से जुड़ी प्रचार/प्रचारों और प्रसारणों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्ताव का निराकरण मेरी सहायता के खर्च या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायिक अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। प्रस्ताव या हस्ताक्षर नहीं करता हूँ। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारण न्यायिक का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(R)
sety



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्रमाणित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धुंध में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद/सहायता वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसे के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने अपने को सही किन्ने/परी होगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभियोग की तारीख 05.08.2019	<p>DR. Mohan Rathod Dr. Mohan Rathod (DNB) (Name of Reg. Regn./No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>VIVEK RANA Administrator (Name of Authorized Signatory of Hospital) नाम व पता हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायिक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायिक हस्ताक्षर 2
	