

VRN-C-19-12-0236

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life

 APPLICATION No. : 1219/0036  
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE : 04/12/19  
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT :  
 आवेदक का नाम
Vijay Devi
 AGE-YEARS : 57  
 उम्र-वर्ष

 SEX : F  
 लिंग

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
 पिता/सहोदर का नाम
Bahadur Singh
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Vill Kudhiya Nagari  
 वर्तमान आवासीय पता

 DIST - Bhagalpur, Kaimashan 321026  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Some as above  
 स्थायी आवासीय पता

 PASTE PHOTO HERE  
 Face of Vijay Devi  
 Post of (0836) Vijay Devi

 OCCUPATION :  
 व्यवसाय
Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME :  
 कुल वार्षिक आय
NA
 (Attach Proof of Income)  
 (आय का सत्य संतान)
NA

PAN No. स्पष्ट छाया संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
1	Hakim Singh	60	M	Husband
2	Sakheram	29	M	Son
3	Sukhdav	27	M	Son
4	Sukhveer	25	M	Son
5	Laxmi	22	F	Daughter

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये चिह्नित 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 गए विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न
	RF - JMISC
	IE - JMISC
	Surgery - (RF) SICS + JOL

 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	SCGH -	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक 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 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 प्रपत्र में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कभी और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रीबाई है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को प्रकट करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसी "कोशिका" प्रपत्र, पत्रिका, पत्र, पाठ्यपत्र, सूत्रों, उद्देश्य को लक्ष्य प्राप्त करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरस्त होना इस बात के सबूत नहीं है कि "कोशिका फाउन्डेशन" ने मेरी स्वीकृति दी है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करने से मुझे स्वतंत्रता नहीं मिलेगी। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रपत्र, सूत्रों, पत्रिकाओं का निर्माण अधिकृत और बहसकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदनक के प्रस्तावक या बायाँ हाथ का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भ्रम/संशय को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरस्त प्रस्ताव से प्राप्त न कर सकें।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे जा रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त कर सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु लिखा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रीबाई/मदद हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। प्रकृतिये उपचार में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने यान को सुरक्षित रखने का हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>05/12/19</p>	<p>Dr. Piyu Agrawal M.B.B.S. Ophthalmology Reg. No. [Signature] (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हाथों का नाम व हस्ताक्षर के साथ न.</p>	<p>[Signature] (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2</p>
<p>[Signature]</p>	<p>[Signature]</p>