

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

 (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
 foundation

Building block of life

 APPLICATION No.: आवेदन संख्या : U/1219/0858 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 06/12/19

 NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Douji AGE-YEARS आयु-वर्ष 76 SEX लिंग M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्प का नाम Badale

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Vill - Nandahala Mukka, Nandhuel Banga

 DISTRICT - Medhura, U.P. 281203

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
Same as above

 Pinc of (0858) Post of Douji

 OCCUPATION: व्यवसाय Farmer MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 17000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रायः हो उस पर सही का चिह्न लगावे) 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	Shanti	73	F	Wife
2	Jaypal	49	M	Son
3	Chandrab	46	M	Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये विधि आधार

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	RE - P.P.
	IE - IMSC
	Surgery - (IE) STCS + JOL

 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 ली गई सहायता राशि
1	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 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिये कथन असत्य पाया जाता है तो मुझे सहायता मिलना फी या सम्बन्धी है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्णतः ही लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग रहा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु वह आवेदन को नहीं है, उस राशि पर अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न जो 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/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रकरण में घोषित हों, उसे "कोशिका" एम्प, न्यूज, दूर, पत्रिका/पत्रिका द्वारा उद्देश्य से दूरदर्शन/टेलीविजन और इलेक्ट्रॉनिक के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं, प्रकरण का विवरण में इतना कह रहा हूँ या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वयं सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प इसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्ताक्षर) विना प्रकरण से भाग्य व स्वयंकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से अन्य स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सके, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उन्त के माध्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अधिकतर/समतुल्य हेतु मालु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता चिन्ते गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा। अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर ही रोगी के इतना सुरक्ष और अपने जन्म को इसी जिम्मेदारी से ही हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।



**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संरक्षित

<p>Date of Surgery आपेक्षित की तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p>Dr. Priya S. N. S. M.S. Ophthalmologist Reg No - 56417 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--