

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation <small>(Building back of life)</small>	
APPLICATION NO. आवेदन संख्या: C102010351		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 11-01-2020			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Vishiya		AGE-YEARS आयु वर्ष: 46	SEX लिंग: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्र का नाम: Sispaal					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वसतन आवासीय पता: Village - Dabki, Gujran Post Sahawaspur Tehsil Sahawaspur District Pradhikaran JALGAON					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: As above					
OCCUPATION उद्योग: House Maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 58,000			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें): NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या: NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):					Yes/No हां/नहीं: <input checked="" type="radio"/> No
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)	Sispaal	54	m	Husband	
(2)	Dixit	19	m	Son	
(3)	Vinit	15	m	Son	
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 को छात्र प्रि प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सर्वे आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रि प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्र प्रि प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनोदों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
(1)	Diagnosis = RE - PCTOL LE - PSC				
(2)	Surgery - LE - STCC + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी			
(1)	SCEH				

Pre op Post op
0351 Vishiya

DECLARATION by APPLICANT: अभ्येक्षक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
 - 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.
 - 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 the assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही कथन ज्ञात पाया जाता है तो इसे ज्ञातवा विरल को वा सकता है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद माँगी है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पर गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक शर्त को नहीं है, उस रशि का अधिक या बहुत हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी में न माँगा है और न ही भविष्य में माँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्येक्षक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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.
 - 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (अभ्येक्षक) अपनी सहमति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोधी, दान, प्रायोजन इत्यादि उद्देश्य से सुदूर गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। परंपरा का विवरण परंपरा के फलते वा बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधी अधिकृत है।
 2) मैं (अभ्येक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है सुदूर स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और अपेक्ष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अभ्येक्षक के हस्ताक्षर वा अंगुठी का निशान



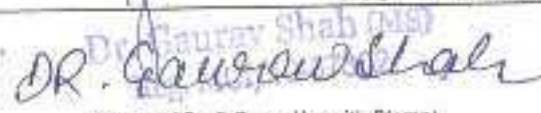

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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:

- 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.
- 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मायते/एंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में विनियम सहायता हेतु विचारित 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 विनियम सहायता किसी भी प्रकार की सहायता व किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विनियम उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिक/कम हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से उक्त की सहायता व किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी प्रकार से सहायता व किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता कंपन विनियम प्रकृति की है। रोगी वा हस्पताल द्वारा जो मदद सहायता व विनियम उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका वा जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11-01-2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज न संवि न	 VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामके हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामके हस्ताक्षर 2
