

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : C1012010352		APPLICATION DATE आवेदन तिथि 17.01.2020		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Rekha		AGE-YEARS आयु-वर्ष 49	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्प का नाम Kanwarpal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Patni Post Patni Tehsil Sahasarpur Distt Sahasarpur Utah Pradesh 247231				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 125 Above				
OCCUPATION : व्यवसाय House wife		MARRIED (विवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 56,000		(Attach Proof of Income) (आय का सक्ष्य संलग्न) N/A		
PAN No. स्थायी खाता संख्या N/A				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes (हाँ) <input checked="" type="checkbox"/> No (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)	Kanwarpal	55	M	Husband
(2)	Sandeep	30	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 साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE. सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE MSC LE IMSC			
(2)	Surgery - RE SICP + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गये है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
(1)	SCCH			

Preop Postop
0352 Rekha



DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक द्वारा घोषणा कर):

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 applicable, 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस सहायता का आंशिक या संपूर्ण द्विगुण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न मांगा गया है और न ही भविष्य में मांगूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक 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/print/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्शदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से चुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इच्छित माध्यम में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण भी इसका उपयोग करने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से किसी भी उद्देश्य के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग है यही सत्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचनालय और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending the 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 संपलेटिंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

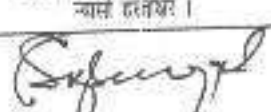
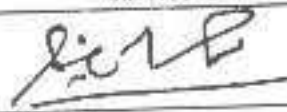
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उका संपादन में लगे जा सके हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उका के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अधिकृत/मदद हेतु नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत/कार्टर/संस्था से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश मदद उका लेनी/प्राप्त हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/प्राप्त।

2 "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। सहायता प्रारूप द्वारा ही नहीं सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उका का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में सहायता के इस्तेमाल सुचना और अन्य बातों को सही विधि/प्रकार से ही हस्ताक्षर को होनी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या विनिर्दिष्ट हेतु प्राप्त में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>31.01.2020</p>	<p>Dr. Gaurav Shakti DR. Gaurav Shakti (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिप, न.</p>	<p>VIVEK RANA Administrator Dr. Shree's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> 
--	--