

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखपाल)Koshika
Foundation
Building block of lifeAPPLICATION No. : 10/0120/1021
आवेदन संख्या : 10/0120/1021APPLICATION DATE : 10-01-20
आवेदन तिथि : 10-01-20NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Ramesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 66
SEX लिंग : MFATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्प का नाम

Kanchan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Pachauri, Mathura

Distt - Mathura, U.P. 201204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

same as Above

Pneop Ristop
(1021) RameshOCCUPATION :
व्यवसाय : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

39,000

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Omavati Devi	60	F	Wife
2.	Rajesh	36	M	Son
3.	Rohani	33	M	Son
4.	Lakhan	30	M	Son
5.	Dhana	27	M	Son
6.	Shakuntala	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 सबूत

"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 प्रिलिपेन सूची संलग्न
	RE - 2 MSC
	LE - 1 MSC
	Surgeon - (LE) STCS

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 ही गई सहायता राशी
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करे

- 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 give 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई गलतबाई एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रारूप में घोषित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफाइंडिंग प्राप्त करूँगा और न ही किसी अन्य स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करके)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photograph/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 fulfilment 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति और अनुमति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी की गई सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए प्रयोग करने के लिए प्रयोग कर सकता है। इस सहमति के अंतर्गत मैं "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए अनुमति देता हूँ कि सहायता के अंतर्गत मैं प्रचारित हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए सहायता के अंतर्गत मैं प्रचारित हूँ। सहायता का अंतर्गत नहीं करता। इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा जारी की गई सहायता के अंतर्गत मैं प्रचारित हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

समरतप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करके)

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:

- 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 करने वाले और हमारे प्राधिकृत अधिकृत को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वसूली करने के लिए या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रारंभित तक के सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्नलिखित/सहायता हेतु मांगूँ नहीं किया जाता है कि अन्य स्रोत से वसूली करने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि सहायता हेतु प्रारंभित हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रत्येक नई सहायता या वित्तीय सहायता के लिए प्रारंभित प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुस्था और आराम करने को सारा ध्यान देना है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS Ophthalmology
Reg No - 88015
Time: _____ Date: _____

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं चिह्न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकृत



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
त्रुस्टी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
त्रुस्टी हस्ताक्षर 2

Safarjani

[Signature]