


URN - C-20-01-0462

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building back of life		
APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/0120/1034	APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 13-01-20	 <p>Supported   Supported</p> <p>Pre op Post op</p> <p>(1034) Sunder</p>		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Sunder	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58			SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुण का नाम: Dori Lal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Vill+PO-Pattarhara, Distt- Hathnora, U.P. 204101				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय आवासीय पता: Same as Above				
OCCUPATION व्यवसाय: Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 29,000	[Attach Proof of Income] [आय का साक्ष्य संलग्न]: NA			
PAN No. स्वयं खाना संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें) Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>				
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	Neelam	55	F	Wife
2	Dharam Veer	35	M	Son
3	Shubham	30	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित 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) उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किए गये किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - BP			
	LE - IMSC			
	Surgery - (LE) SICCS + JOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
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 (अर्शदक 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, if any, 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 be seeking/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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात का सख्तमत रखता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रबंधन को नहीं है, उस परितः जो अधिक या कमत किम्सा किसी अन्य प्रोड/निर्वाहक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करार):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
  - 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 अपना हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्रस्टियों, द्वारा, सार्वजनिक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इतना के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न त्रस्टियों अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप

*सुन्दर*

**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:

- 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोम से, उसका योग्यताओं में होने या हो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/प्रदान हेतु मना नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पतस्त हिसाब मार उक्त दोनों-नवसे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना-लेनी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गाँ सहायता केवल वित्तीय स्वरूप की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही गाँ सतत या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होने गाँ हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई रखा नहीं है। इत्यादि हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और जाने जाने की सुरक्षा सम्बन्धी रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

**Dr. Ashwini Kumar** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 M.B.B.S., M.S. Ophthalmology



Date of Surgery / ऑपरेशन की तारीख: 13-01-20  
 Reg. No. - 88065  
 Time..... Date.....  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद, हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों इलाका 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>