


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. आवेदन संख्या : C1023010429	APPLICATION DATE आवेदन तिथि 11.02.2020			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Rahisha	AGE-YEARS वर्ष-वर्ष 64			SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुण्य का नाम Subedin	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता House No. 6 Mahadevi Colony, Pampat Post Pampat Tehsil Pampat - Distt Naryanki Uttam Pradesh 13203			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION : व्यवसाय House maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 66,000	(Attach Proof of income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. स्थायी खजाना संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं): Yes हा No नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Mobin	32	M	Son
(2)	Sonu	27	M	Son
(3)	Nora Hasah	25	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (अलग पत्र की साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE. सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE TMSC LE TMSC			
(2)	Surgery - RE SICS + IOL			
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 जी गई सहायता राशी		
(1)	SCEN			

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक 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 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 फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं करूँगा, उस उद्देश्य का अधिक या समकालिक किसी अन्य संगठन/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 फ़ॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फ़ॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रदर्शित करने के लिये शारीरिक और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।  
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उनका उपयोग "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रदर्शित करने के लिये शारीरिक और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं हमारे द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से उस रोगी/रोगीयों के लिये या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिपत्ति उससे संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मारा हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिक्रम/समकाल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य रोगी सारकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारा इच्छित मरद उस रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेनी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संभव वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हॉस्पिटल हॉस्पिटल में रोगी के हित में सहायता प्रदान करेगा और उसे लेने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
11.02.2020

DR. Rameey Raza  
LONDON (BASICS)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

VIVEK RANA  
Administrator  
Dr. Shree Chandy Eye Hospital  
NAKASTI  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2