

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No

V/0220/1124

APPLICATION DATE

01-02-20

NAME of APPLICANT

Asharphi Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

Bemami



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Koshi, Pharsapur

DIST- Ghosiaipur, Patna, 821602

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

SAME AS ABOVE

Bu up Dist up  
(124) Asharphi  
Devi

OCCUPATION

Home maker

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

2200/-

(Attach Proof of Income)

(अथ का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

हाँ / 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	Ramswaroop	66	M	Husband
2	Anurag	40	M	Son
3	Lokan	37	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रैश्या के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गरीबिता का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LE - JMSC
	Surgery - (RE) SIC-ST-JOL

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 तो गई सहायता राशी
1	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदनक 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 Applicant & ongoing assistance void & liable for recalcitrance/retaliation.
- 2) I hereby 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 seek reimbursement in part or in full from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is being requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में जो सब विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है, यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाना है तो मेरे लगाव विच्छेद की जा सकती है।
- 2) मैं इसका वाचस्पद यह "कोशिका फाउन्डेशन", से लेना चाहती हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था।
- 3) मैं यहाँ स्पष्ट करती हूँ कि मैंने कहीं से भी या भविष्य में नहीं इस राशि का आर्थिक या स्वतन्त्र किन्ना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही माँगने में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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) (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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रयोग है, उन्हें "कोशिका" एवम् "व्यक्ति" नाम, पता/पता इसके द्वारा उद्देश्य से कुछ अभियानों और उपलब्धियों के लिये किया भी प्रचार वाचस्पद में प्रयुक्ति करने में सक्षम अधिकृत है। इस प्रकार का विवरण मेरे द्वारा या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व "व्यक्ति" अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैंने कदाचित् किसी अन्य स्रोत से प्रयुक्ति है मुझे स्वतः लगाव का हकदार नहीं बनना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**

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:

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 mode of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is based on the charge sheet 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.

हमसे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से उपरोक्तों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व मान्यता करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्थान से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या लेने के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करवा रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी और स्रोत/संस्थान से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो हस्पताल किसे अन्य स्रोत/संस्थान से किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता अन्य स्रोत/संस्थान से किसी भी प्रकार से प्राप्त या लेने का अधिकार नहीं सुरक्षित रखता।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/इलाज इसी की पूर्ण सहायता या बिना सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वयं नहीं है। उपरोक्त हस्पताल में रोगी को इलाज देना और अपने खर्च को खर्च करने के लिए हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

*Dr. Priti Agrawal* स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
शस्त्रक्रिया की तारीख  
03.02.20

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology  
Reg. No. - 85417  
Time..... Date.....  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

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

**FOR INTERNAL USE OF KOSHKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नाम संस्था 1  
*Safarpur*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम संस्था 2  
*...*