


URN-C-20-02-0046

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation B.L. Das Road, U.P.	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: U10220/1163		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 10-02-20			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Ram Prakash		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68	SEX लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुस्थ का नाम: Totaram					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: JAKHWA, JAKHWA, JAKHWA					
DISTRICT - mainpuri, U.P. 205265					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: same as above					
OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): NA	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 22000/-				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न): NA	
PAN No. / आई खत संख्या: ---					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable). / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes / No / 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	Deepa	65	F	wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशू के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोगका कार्ड (उपभोग पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण					
'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 प्रतिवेदन सुची संलग्न				
	RE - IMSC				
	LE - IMSC				
	Surgery - (RE) SICST + 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 / ली गई सहायता राशी			
1	SCEF				



DECLARATION by APPLICANT: अर्हक द्वारा वक्तव्य:

- 1) I hereby declare 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 solely 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 प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सच नहीं है तो यह सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यकीनपूर्वक रूप से 'कोशिका फाउन्डेशन' से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता से मुक्ति नहीं हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to: accept, publish, use and reproduce my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested/required, 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 heldra or emanating treatment or fulfillment of the purpose for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree if at any such use of my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested/required will not substantially influence my decision 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) मैं इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बतलाया है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, वगैरह, समाचार पत्र, दूरदर्शन से हुई गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण जो इसका प्रयोग करने से पहले या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अथवा है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सच है; सहायता का हस्ताक्षर किया जाता है इस प्रपत्र में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स के लिए अर्हक और सहायकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

Signature

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

By affixing Hospital signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) I/We as/ we are personally not will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same purpose/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 its other NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same purpose/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 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, हमारा है और जो सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता से सुनिश्चित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोतों/संस्थाओं से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में हमें या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तिय सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता से मुक्ति नहीं है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/वित्तिय सहायता से मुक्ति नहीं है, तो हमें या तो सहायता/वित्तिय सहायता से मुक्ति नहीं है, जो कि किसी अन्य स्रोत/संस्थाओं से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तिय सहायता से मुक्ति नहीं है, जो कि किसी और स्रोत/संस्थाओं से प्राप्त करने में नहीं होगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है, जो कि सहायता/वित्तिय सहायता के लिए सच व स्वीकार करते हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता/वित्तिय सहायता से मुक्ति नहीं है, इसलिए सहायता/वित्तिय सहायता से मुक्ति नहीं है, जो कि सहायता/वित्तिय सहायता से मुक्ति नहीं है, जो कि किसी और स्रोत/संस्थाओं से प्राप्त करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख
10-02-20

M.B.B.S., M.S Ophthalmology
Reg. No. - 58417
Name..... Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व प्रमाण पत्र नं.

Signature

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद/सहायता अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1
Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2
Signature