


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Building hope of life		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या	U/0220/1164	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि	10-02-20	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम	Shukhram	AGE-YEARS / आयु-वर्ष	64	
		SEX / लिंग	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम	Ram Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता	Kampani, Aligarh			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता	District - Aligarh, U.P. 202127			
	same as above			
OCCUPATION / व्यवसाय	Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय	31000/-	(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न)	NA	
PAN No. / आई टैक्स संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्रा है : <input type="checkbox"/> हाँ / <input checked="" type="checkbox"/> 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 संबंध
1.	Shamli Devi	60	F	Wife
2.	Rajni	34	M	Son
3.	Vinod	30	M	Son
4.	Rajni	28	M	Son
5.	Suman	30	F	Daughter in law
6.	Laxmi	27	F	Grand Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए विधि आधार				
EPL Card / (Attach Card Copy) वर्दीय रिकॉर्ड के कॉपी संलग्न करें (प्रमाण पत्र की साथ प्रेषित करना)	EWS Certificate / (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रेषित करना)	Ration Card / (Attach Copy) उपलब्ध कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रेषित करना)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किस कार्य के लिये				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/युक्त संलग्न			
	RE - IMSC			
	LE - IMSC			
	Subsidiary - (LE) SICS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कौन 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 राशि		
1.	SCFA			

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्पक द्वारा किया गया)

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ensuing assistance, if any, liable for rejection/revocation.
  - I solemnly confirm that assistance 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 no, & will not in future, avail of similar benefit, in any form, from any other source/employer/insurance company, of the amount, for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण देना प्रमाणित किया जाता है तो मेरे अर्पण विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सत्यता के साथ यहाँ पर लिखे हुए, उद्देश्य के अंतर्गत ही मुझे मिलने वाले सहाय्य को केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने का वादा करता हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि, मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से समान प्रकार का लाभ प्राप्त करने का उद्देश्य नहीं रखता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा किया गया)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, Applicant hereby agrees & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/output/print/approve 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.
  - 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्पक) अपनी सहमति दे रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यवस्थापकों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और अन्य विवरण इस प्रश्न में जोड़ेंगे, जो "कोशिका" द्वारा नामी, पता, फोटो/चित्र/विवरण से जुड़े विवरणों और उपलब्धियों के लिए किया गया प्रचार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के फल के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में शामिल अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को केवल उद्देश्य के प्रचार के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त विवरणों का प्रचार प्रसारण और प्रसारण होगा।

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

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Pritya Agrawal*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)**

- 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 here 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. In the event that such assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves the right to make up the shortfall from any other NGO or any other source. The commitment essentially states that the Hospital will not seek 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 judgement of 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से पाएंगे/प्राप्त करेंगे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहाय्य हेतु "किशोरिका" को कहेंगे है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि - मैं (हस्पताल) और मैं (हस्पताल) में वित्तिय सहाय्य के लिए या सहाय्य के लिए या किसी अन्य स्रोत से उक्त सहाय्य/उद्देश्य से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहाय्य के लिए या सहाय्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य किसी अधिकृत/हस्ताक्षर हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहाय्य लेना या किसी अन्य स्रोत से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कर दिया है कि हस्ताक्षर हेतु मदद उक्त उद्देश्य हेतु किसी भी स्रोत से लेना या किसी अन्य स्रोत से लेने/प्राप्त नहीं करेंगे।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहाय्य केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा जो मदद सहाय्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रचार देना एक हस्तगत का प्रचार का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का मदद सहाय्य नहीं है। इसलिए हस्पताल में योग्य व हस्ताक्षर सहाय्य और अपने-आप को सही विचारों से ही हम हस्ताक्षर को देनी और "कोशिका" को कर्म प्रेषण या वित्तिय सहाय्य इन मामलों में नहीं हवीं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

*Dr. Priya Agrawal* स्वीकृती के लिए संसुक्ति

Date of Surgery / ऑपरेशन की तारीख: 10-02-20  
 M.B.B.S., M.S. Ophthalmology  
 Reg. No. - 55417  
 Signature: *Pritya*  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. एवं मुद्रा

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

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 बायाँ हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दायाँ हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>