

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0120/3680** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **27/1/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **RAJU PRASAD** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **56** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्या का नाम: **RAGHUNATH PRASAD**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता: **PARKINAKOTI M. GABON, BIHAR 891910**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **FARMER** MAILED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1800 X 12 = 21600** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन करें उस पर सही का निशान 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	RAJU PRASAD	56	M	SELF
2	SONI KUMARI	15	F	DAUGHTER
3	MONI KUMARI	16	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापीली संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापीली संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापीली संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे लाने विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (STCST + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त मिला है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं, यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान पर सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस पत्र में सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस सहायता का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रकरण पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में संबंधित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारण, प्रकाश, प्रकाशक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण यदि सहायता के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस पत्र से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है जुड़े सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित गतिविधियों का लिये अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



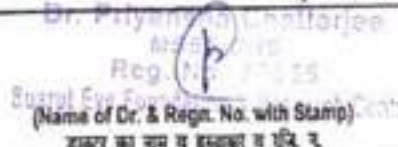
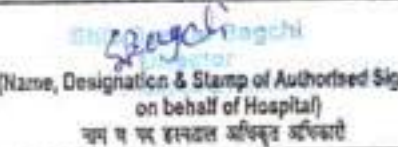
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) सिर्फ प्रकरण से सहायता या स्वीकार्य करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से उभरा सहायता से ही नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/अवकाश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता सहायता से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से प्राप्त हेतु का अधिकृत अधिकृत रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश प्रकरण उभरा सहायता हेतु किसी और सहायता सहायता से ही सहायता हेतु।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें ही सहायता को सहायता का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर में ऐसे के सहायता सहायता और अने जाने की सही सिफारिश हेतु ही सहायता की सहायता और "कोशिका" को कोई अधिकृत या सिफारिश इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संप्रस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 27/1/2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यथा २	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
