

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0720/0006 APPLICATION DATE: 31/07/20  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sheobalak Prasad Shau AGE-YEARS 71 years SEX Male  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sukhi Prasad Shau  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पता: GORD CHAND ROAD, KALKAJA, JODHPUR, WEST BANGALORE

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED MARRIED (निवर्तित) / UNMARRIED (अनिवर्तित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 12,000/- (per month) (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. Blank ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No  
हां / 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	Surendra Gupta	32	M	Son
2	Mahendra Gupta	35	M	Son
3	Priya Gupta	30	F	Daughter-In-law
4	Poojika Gupta	6	F	Grand Son
5	Mahna Gupta	4	F	Grand Daughter
6	Nirmala Devi	60	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निरदि अनात			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - (R) - vitreous Haemorrhage
2	Treatment - PPT + EA + EL-750J (R)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी 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 करना:**

- 1) 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.
  - 2) 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.
  - 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सही मदद पायी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने वर्तमान में या भविष्य में कभी भी, इस मदद का आर्थिक या वस्तु विनिमय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या उसे लिया है और न ही लीया है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 2) 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छपा, प्रसारण/प्रदर्शन के माध्यम से वित्तिय सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपक्ष अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रेषित है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी सहमति के बिना "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छपा, प्रसारण/प्रदर्शन के माध्यम से प्रेषित किया जाएगा और मेरी सहमति को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

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

आवेदक की 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:

- 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 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.
- 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 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.

इससे अधिकृत, हॉस्पिटल को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु उम्मीद की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिश्चित/स्वीकार्य नहीं है, तो हॉस्पिटल को सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल वित्तिय सहायता हेतु किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता लेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैंने सहायता के लिए सिफारिश की है। मेरे वरिष्ठ हॉस्पिटल द्वारा ही मैंने सहायता के लिए उम्मीद की है। इसलिए हॉस्पिटल में मेरे रोगी के हस्ताक्षर और मेरे नाम को सही विधि/प्रकार से ही मैंने हॉस्पिटल को सौंपा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकबा नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में मेरे रोगी के हस्ताक्षर और मेरे नाम को सही विधि/प्रकार से ही मैंने हॉस्पिटल को सौंपा है और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारता इस सहायता में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>31/03/2020</p>	<p>Dr. A. Maht MBBS, DGO, DNB Amrita (UK) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Dr. Anshu Bagchi Research Centre (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2</p>
	