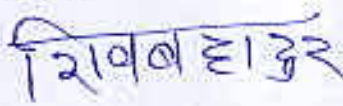
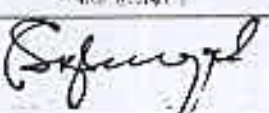


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)	
APPLICATION No. : F/1124/281 (620/24)		APPLICATION DATE : 28/11/24	
आवेदन संख्या :		आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : Shiv Bahadur		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
आवेदक का नाम		55	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ram Bihari			
पिता/कन्या का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कर्तमान आवासीय पता			
A-153, Pkt-14, Gurgaon New Delhi			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
As Above			
OCCUPATION : Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 1.20 Lacs		(Attach Proof of Income)	
कुल वार्षिक आय		(आप का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. : स्थाई ऋता संख्या -			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):			
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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
1	Urmila	50	F
2	Dileep	29	M
3	Pooja	25	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Wife			
Son			
Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययोजकता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"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 सूची संलग्न		
	Diag: LE Cataract		
	Surge: LE Phaco + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि	
	N/A		



DECLARATION by APPLICANT: (अर्थद्वारा घोषणा करें): 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 निराल को नग्न कर दी है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता किया गया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्थद्वारा करार)		
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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) 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्थद्वारा) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् चारों, दान, वाचक/या दूसरे उद्देश्य से तुझे परिचित/परिचित होकर उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (अर्थद्वारा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे सत्य; सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और माध्यमकारण होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्थद्वारा के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमने अधिकृत, हस्ताक्षर को और से समझते/गोपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/परिचित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी के सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और आगे जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं.	 Dr. Rohit Harrison (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 