

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

K/0225/1996

APPLICATION DATE:

21/02/25

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

GEETA DEVI

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

JAVAHARLAL SINGH

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BISHANPUR BERI, SAMASTIPUR 848501

BIHAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION:

HOUSE WIFE

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

4000x12 = 48,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर पayer हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बंध
1.	GEETA DEVI	69	F	SELF
2.	SANTOSH SINGH	42	M	SON
3.	SONIL SINGH	40	M	SON
4.	SANJIT SINGH	36	M	SON

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) उपभोक्ता 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
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY - RE (SICS + 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 ली गई सहायता राशी

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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका आन्दोलन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्णतः पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ बतलाई कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न किया जा रहा है, उस राशि का अधिक या समकाल में किसी अन्य कोष/निदेशिका/कोषागार में जो न हो सकता है और न ही भविष्य में हो सके।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

1.) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा लौ लागू कराकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं आप, मेरा, कोटो जी को विचार इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् "न्यासी" रूप, वाचना/वाचन द्वारा उद्देश्य से मुझे नीतिनिर्देश और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहयोग से प्रमोदित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विचार में इसका के फलते या यह मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात में सहमत हूँ कि योग नाम, पाठा, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं जुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोटिका" ध्यान इसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सावधान रहें हमारा या अंग्रेजों का विश्वास



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.

हमारे अर्थव्यवस्था, इसासारी को ओर से मान्यता/संगी को "कोशिका काउन्टेशन" से विशेष महत्वा होतु विचारिश को खरी है, जिसे हम (इम्प्लान्त) विम प्रका से मान्य व स्वीकारा करत है।

1) यह कि न तो पहचान और न ही भविष्य में इतिवृत्त सहायता किसी भी सरकारों सम्बंधन या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/प्राप्त में ली जा ले गई है, केसे कि अपने "कॉलिका फाउन्डेशन" से विपक्षित/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट नाशिक/मकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अगलाइन किसी अन्य भी सरकारों सम्बंध या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुधारित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य इतिवृत्त मदद उक्त रोगी/प्राप्त हेतु किसी भी सरकारों सम्बंध या किसी अन्य सम्बंधन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉन्सिका फायनैन्स" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हमलावर हुए दो यह सत्य या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलावर को बोल का विषय है और "कॉन्सिका फायनैन्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई नबल नहीं है। इसलिए हमलावर से ऐसी को इलाक़ मुखा और अपने जाने को सनी बिन्नेदारी ऐसी एवं हमलावर को सनी और "कॉन्सिका" को कोई पानिका या बिन्नेदारी इस चालते में नहीं होगी।

Dr. S. Subramanian, स्वीकृती के लिए संस्तुति

01/02/25

Director
M.B.B.S; M.S (Genl Medialist)
Reg. No. 71035/WBMC

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व पदनाम : डॉ. र. क.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नमः व पद हस्तमाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो इत्यम् ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

here