

C1596/06/15

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: 10615/0230
आवेदन संख्या: 10615/0230
APPLICATION DATE: 22/06/2015
आवेदन तिथि: 22/06/2015NAME of APPLICANT: Hazari
आवेदक का नाम: Hazari
AGE-YEARS: 65
SEX: MFATHER'S/SOPUSE'S NAME: Thakur Paswan
पिता/कुटुम्ब का नाम: Thakur PaswanPRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village No - 63, Chali No - 10, Jai Vihar
वर्तमान अवास्य पता: Village No - 63, Chali No - 10, Jai ViharPERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Village - Baghaul, P.O. Karmistaur,
स्थायी अवास्य पता: Village - Baghaul, P.O. Karmistaur,

District - Darbhanga, Bihar

OCCUPATION: Ray Mistri Currently no working
व्यवसाय: Ray Mistri Currently no workingTOTAL ANNUAL INCOME: 12,000 + old Age Pension
कुल वार्षिक आय: 12,000 + old Age Pension
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) N.A.

PAN No. N.A.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर शता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1-	Prameshwar	35	M	Son
	Three daughter			Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attached 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 - RE - Phthisical Eye LE - I.M.S.C.
2-	Surgery LE SUR 1202

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-	Venu	

Preop
0270Postop
Hazari

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 सत्य कथन अमान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त/रद्द/रद्द कर दी जायेगी।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यानी "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जिस हेतु इस प्रारूप में भय गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जो सहायता हेतु यह प्रार्थना विनियमित की गई है, उस राशि का आशिक या सकल किसी अन्य स्वतंत्र/निर्भर/किसी कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

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.

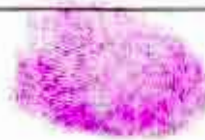
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमती को पुष्टी करता हूँ अथवा "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता फोटो और विवरण जो इस प्रपत्र में घोषित है, इसका विवरण, "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् न्यायी राज यादव/या दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और इलाहाबादियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रवर्धित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से अनुरोधित है मुझे स्वयंसेवक रूप से सहायता का इच्छा नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम होगा जो कि मुझे स्वीकार्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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 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.

हमारे अच्युत, इलाहाबादी मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) द्वारा निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह है कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा योग्य/मान्यता में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त योग्य/मान्यता हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) यह कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज हेतु दिये गये सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का विकल्प यह इच्छा/समय योगी एवं हस्पताल के माध्यम से उपलब्ध है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल पर रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे)		ACCEPTANCE मन्तुर	REJECTION नमन्तुर
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/06/2015	 DR. ABHISHEK B. DAGAR MS & Joint Director VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 1/31, Shekh Sarai Institutional Area, Phase-II, New Delhi-110017 Registration No. DMC-17300	 TANUJA JOSHI Managing Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE 1/31, Shekh Sarai Institutional Area, Phase-II, New Delhi-110017	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		आन्तरिक उपयोग हेतु	
<input checked="" type="checkbox"/> SANCTIONED मन्तुरित	<input type="checkbox"/> REJECTED नमन्तुर	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2