

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.
आवेदन संख्या : V/0423/0130APPLICATION DATE
आवेदन तिथि 19/04/23NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम PremvadiAGE-YEARS उमेर-वर्ष 68
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/कानूनी जीवा का नाम BirjuPRESENT RESIDENCE ADDRESS बस्तीपान आवासीय पाल
Toomaula 2, Dham singha, Kosi Kalan,
Distt. Muzaffarpur, 281403

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS घर्याँ आवासीय पाल

Same as above

OCCUPATION :
जबरदस्ती

Home Maker

MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (अजिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

5000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

PAN No. स्ट्रोड स्ट्रोड संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जाय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चान लगायें):Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Summer Singh	72	M	Husband
2.	Pradip	38	M	Son
3.	Anju	34	F	Daughter-in-law

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

BPL Card (Attach Card/ Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड सम्बन्ध
गरीबी रेखा के दीने प्रधान वड़ (प्रधान वड़ को छाप प्रति संतान करें)	अट्ट-वाह सर्व इच्छाएं वड (प्रधान वड़ की जाय प्रति संतान करें)	उपरोक्त साठ काठ (प्रधान वड़ की छाप प्रति संतान करें)	

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्यत्त्व/ट्रिक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract

LE -

Cataract

Surgery -

AE

SICS + PMMA

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 राशि
1	DBCS	2000/-



Koshika
foundation
Building block of life



TO HERE
Preop Postop

DECLARATION by APPLICANT: जावेदक द्वारा साप्तर्ण यह:

- 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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं अपने कानों में "कोशिका प्रतिक्रिया" की लागत का उपयोग करने का अधिकार नहीं है। ऐसी जैविक विधि का उपयोग करने का अधिकार नहीं है।
- 5) मैं इस कानों में "कोशिका प्रतिक्रिया" की लागत का उपयोग करने की भूमिका नहीं है। ऐसी जैविक विधि का उपयोग करने की भूमिका नहीं है।
- 6) मैं एक कानों में इस साथ ही दूसरे कानों को भी नहीं हूँ। उस कान का अधिकार यह लाभ ही नहीं है। उस कान का अधिकार नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT: (जावेदक द्वारा कानों)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby sign & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/put/ship/keep/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 fulfilment 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 दस्तावेज़ का अधिकार की ताक लगायत, मैं "कोशिका" कानों विधि का उपयोग करने की अधिकार कानों में इस दस्तावेज़ का अधिकार है। ऐसी जैविक विधि का उपयोग में योग्य है, जैसे "कोशिका" प्रतिक्रिया, उस विधि का उपयोग नहीं करने की अधिकार की लागत का उपयोग में इससे अधिकार की लागत है। मैं इस कान का विधि का उपयोग के लाभ का अधिकार की लागत में "कोशिका प्रतिक्रिया" का उपयोग करने की अधिकार है।

2) मैं "कोशिका" इस कान में विधि का उपयोग के लाभ का अधिकार की लागत में "कोशिका प्रतिक्रिया" का उपयोग करने की अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अधिकार के दस्तावेज़ की अधिकार के बिना:



AGREEMENT by HOSPITAL: (दस्तावेज़ द्वारा कानों)

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.

इसके अधिकार, इसकी की अधिकार की लागत में विधि का उपयोग की अधिकार की लागत है, जैसे कोशिका प्रतिक्रिया इस कान के उपयोग का अधिकार है।

3) यह कि न कोई कानों की अधिकार में विधि का उपयोग की अधिकार की लागत में उपयोग की अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है। ऐसी जैविक विधि का उपयोग के लाभ का अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है। मैं "कोशिका प्रतिक्रिया" द्वारा उपयोग की अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है। ऐसी जैविक विधि का उपयोग के लाभ का अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है। ऐसी जैविक विधि का उपयोग के लाभ का अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है।

4) "कोशिका प्रतिक्रिया" में योग्य साथी कानों का विधि का उपयोग की अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है। ऐसी जैविक विधि का उपयोग के लाभ का अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है। ऐसी जैविक विधि का उपयोग के लाभ का अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति का लिए संकेत



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

लगभग नहीं अधिकार की लागत में लाभ का अधिकार है।

Date of Surgery
अंगोड़न की तिथि
20/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No.)
Date/Stamp:
20/04/23

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्मुखी उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर:

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर: