

<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: <b>VP/220/0212</b>		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: <b>07/12/20</b>		
NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: <b>Soni Devi</b>		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: <b>46</b>	SEX / लिंग: <b>F</b>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: <b>Udayveer</b>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: <b>Nagala dh, Vijaygarh Dehat, Bijainagar, Distt. Aligarh, U.P. 202170</b>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: <b>Same as above</b>				
OCCUPATION / व्यवसाय: <b>Home Maker</b>		MARRIED (निव्वहिन) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: <b>22000/- (Family)</b>		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें): <b>NA</b>		
PAN No. / आय का प्रमाण संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (को भरने हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)				
YES / हाँ		NO / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>		
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	Rajabehn Singh	47	M	Husband
2	Anil Kumar	27	M	Son
3	Pooja Kumari	25	F	Daughter in law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विचार आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / वरग अंग वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:				
Sr No / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न			
	<b>RE - Senile Cataract</b>			
	<b>LE - Senile Cataract</b>			
	<b>Surgery - (R) SICS + IOL</b>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है:				
Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि		
1	DBCS	2000/-		



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:**

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 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.
4. मैं यथासंभव सत्य हैं कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
5. मैं यथासंभव सत्य हैं कि मैंने इस आवेदन के माध्यम से प्राप्त की गई सहायता को पूर्णतया केवल उद्देश्य के लिए ही हीत किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में घोषणा किया गया है।
6. मैं यथासंभव सत्य हैं कि मैंने इस आवेदन के माध्यम से प्राप्त की गई सहायता का उपयोग करने के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नही किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर):**

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/print my updated details (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 fulfilment of the purpose for which assistance is being requested.
2. Applicant I, I hereby agree that any such use (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.
3. इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ थUMB प्रिंटिंग करके, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रत्येक में घोषणा है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस सेवा, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करे। अतः अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण एवं फोटो का बाद में कानून के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
4. मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कश्मिका फाउन्डेशन से अधिकृत है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं देना। इस प्रत्येक में "कोशिका" एम्बुलेंस सेवा ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और सक्षमकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ थUMB प्रिंटिंग



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर):**

- By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this hospitalant 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 desirous 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. The 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 adopted/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 अधिकृत, स्वीकार्य को अंत में परामर्शपूर्ण को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से एक रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्धारित अधिकृत/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा कानून से निर्धारित करके कानून से निर्धारित सहायता को नहीं देना/देना।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कम्पनी/वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा कोई सहायता या वित्तीय सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने का हस्ताक्षर को मान्यता प्रदान है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं देना/देना। इसलिये हस्ताक्षर में कोई भी हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने को खरीदें/वित्तियत/मेरी एवं हस्ताक्षर की शर्तों को "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय सहायता को नहीं देना।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

DR. SACHIN KUMAR

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपेक्षा की तिथि  
08/12/20

CLASS. DR. Poo Chandra  
REG. NO. 12345  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्ताक्षर 2

*Safarjani*

*[Signature]*