

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Supporting the better.	
APPLICATION No आवेदन क्रमांक: V/1220/0222		APPLICATION DATE आवेदन दिनांक: 10/12/20		
NAME of APPLICANT अर्जितक का नाम: Ram Khaladi		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम: Ram Prasad				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Pooa bany Wali, gali, Post Raza, Acharya				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय आवासीय पता: Lohana, Raza, Met, Distt Mathura, U.P. 281204				
Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय: Labour			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 18000/-			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA	
PAN No. आई सी टी नं.:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर टिको का चिह्न लगायें): Yes / No हाँ / 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 अर्जितक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (सहायता पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	FWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (सहायता पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (सहायता पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रेस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - PP			
	Surgery - (RE) STIC + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED (or) SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्तो अन्य स्रोत से लिया गया है:				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता (रुपया)		
1	DIGTS	2000/-		



DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा किया जाना)

- 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 null & void. In respect of assistance granted.
 - I hereby confirm that assistance / financial aid received from Koshika Foundation will be used only for the purpose, as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 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 the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं हो तो मैं इसे दायर नहीं कर सकता हूँ।
 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि 'कॉशिका फाउंडेशन' से जो भी राशि है उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में कहीं से भी भुगतान के लिए अन्य स्रोत/निर्वाहक/बीमा कम्पनी से राशि नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा किया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/duplicate/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) understand 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि 'कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है उसे 'कॉशिका' एम्प्लॉयर्स, डॉन, सप्लायर द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उपाय साधन में प्रसारित कर सकते हैं। मैं इसका उपयोग करने के लिये या बाद में करने के लिये 'कॉशिका फाउंडेशन' या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त राशि को उद्देश्य से प्रार्थित है। मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में कहीं से भी भुगतान के लिए अन्य स्रोत/निर्वाहक/बीमा कम्पनी से राशि नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप

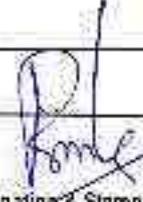


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

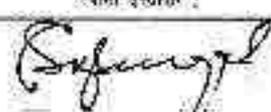
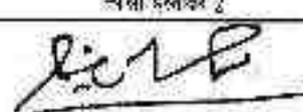
- By affixing hereunder signature of an Authorised Signatory for recommending the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same purpose/case, as we are availing 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 the 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 case/case from any other NGO or any other source.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/judged 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 care or responsibility in the matter.
- हमारी अंगुष्ठ छाप/हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को 'कॉशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी मामले/रोगी या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले से ली जा रहे हैं, जैसे कि हमें 'कॉशिका फाउंडेशन' से सिफारिश/विधि उक्त के मामले में 'कॉशिका फाउंडेशन' द्वारा मदद दूरी है। यदि 'कॉशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता विनाश/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पवयत हॉस्पिटल पर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सप्लायर या किसी अन्य सप्लायर से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
 2) 'कॉशिका फाउंडेशन' से जो भी राशि सहायता के रूप में प्रदान की जाती है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य के लिये किया जाएगा जो इस प्रश्न में कहा गया है। मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में कहीं से भी भुगतान के लिए अन्य स्रोत/निर्वाहक/बीमा कम्पनी से राशि नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपराध की तिथि 10/12/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प, न.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--