

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Banding class of 10.		
APPLICATION No आवेदन संख्या: V/12.20/0231	APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 09/12/20			
NAME of APPLICANT: आवेदन का नाम: Hari Ram	AGE-YEARS वयु-वर्ष: 66			SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कथुष का नाम: Lehari				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता: Pali brahman, Badhakund		Preop Postop (0231) Hari Ram		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय अस्थायी पता: Dixit Mathura, U.P. 201504				
Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय: Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 22000-(Family)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA			
PAN No. (वाई खत संख्या):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मन्व हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ): Yes/No हा/नहीं <input checked="" type="checkbox"/> No				
FAMILY DETAILS (पतिव: विवर:)				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	Pasubi	64	F	Wife
2	Sonjay	33	M	Son
3	Balkishan	31	M	Son
4	Rameshwar	31	M	Son
5	Jamuna	35	F	Daughter in Law
6	Meera	30	F	" " "
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): उत्साहता के लिये प्रिति आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रक्षण के लिये प्रत्यय पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: उत्साहता हेतु किये गये विमर्शी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - Total Cataract			
	LE - PP			
	Surgery - (RE) SICS + IOL			
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED कौी गई सहायता र्णों		
1	TBIS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- 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.
- I hereby confirm if assistance 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's insurance company, of the cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में किसी भी अन्य विवरण परीक्षाओं को अक्षर सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदान करता है तो उसे सहायता मिलने की संभावना है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल मेरे उपचार के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में उल्लेख है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी इस प्रकरण को पूरा करने के लिए किसी अन्य प्राथमिकतापूर्ण सहायता से न लाभ लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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/submit/communicate 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 sourcing donations to Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/programmes. 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.
- 3) इस प्रकरण पर अर्शक (अर्शक) या अर्शक का नाम प्रकाश में (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकरण में शामिल है। उसे "कोशिका" फाउंडेशन, ट्रस्ट, समन्वयक द्वारा उद्देश्य से कुछी विनिर्दिष्ट और उपलब्धियों के लिये किसी भी उचित माध्यम पर प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम, पता, विवरण को प्रकाश में रखने पर मेरे कर्तव्य में कोई भी "कोशिका फाउंडेशन" से लाभ नहीं अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, जगह और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से शामिल है। प्रमाण: सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनना इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन, उसके स्वामी का विवेक और सफलता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hospital's signature of an Authorized Signatory for recommending the case/casualty 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 condition essentially states if at 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 course 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.
- हस्ताक्षर/अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से घोषणाकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को मान्य है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से अर्शक या किसी अन्य स्रोत से उन्हीं के मामले में लेंगे या दे लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश/प्रस्ताव हेतु प्रस्ताव नहीं किया था। किंतु यदि हमें अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती है तो हमें सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस तर्जि में स्पष्ट करार किया है कि सहायता हेतु सिफारिश हेतु किसी भी प्रकार से अर्शक को सहायता नहीं दी जाएगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया जो हमें सहायता प्रदान करने के उद्देश्य से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देती है। हमें सहायता के बीच का विचार है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/प्रस्ताव को मान्य नहीं है। उपलब्ध सहायता में रोगी के हितों सुनिश्चित और आगे जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी द्वारा हस्ताक्षर की जाती हैं और "कोशिका" को कोई भी भविष्य में वित्तीय सहायता प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

DR. SACHIN SHARMA स्विकार के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 21/12/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व उच्च-व्यवस्थापक अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2
	