



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Lives, One Day at a Time	
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक : V/1220/0235		APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 09/12/20		 Pratap Pratap (0235) Yad Ram	
NAME OF APPLICANT अपेक्षक का नाम : Yad Ram.		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 62	SEX लिंग : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम : Nannuram		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता : Neemghada, Mehalla, Deeg			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता : Distt. Ghazipur, Rajasthan, 321203			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता : Same as above			
OCCUPATION व्यवसाय : Driver		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 36000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA			
PAN No. स्वयं जारी सत्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय का दाता हैं (जो प्राय्य हो उक्त का नहीं का निशान लगायें)		Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेक्षक के साथ सम्बन्ध	
1	Kathari	60	F	Wife	
2	Daulad	31	M	Son	
3	Bhainad	30	F	Daughter in law	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार:					
BPL Card (Attach Card Copy) कोई एक के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे किसे किसे का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	RE - Senile Cataract				
	LE - Senile Cataract				
	Surgery - (RE) S.I.C.C + I.O.L				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुका है:					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि			
1	Lupin Foundation	1000/-			

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 & ensuing assistance in-eligible for request/consideration.

2) I solemnly declare that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) 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, impairment or, from any other source including insurance company of the amount for which financial assistance is requested.

4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दी गई विवरण सच व सही हैं। इसका उपयोग मेरे चिकित्सा के अनुसंधान के लिए ही है। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रकट पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को न मंजूर है।

5) मैं इस बात का पक्षपात नहीं करता कि "कोशिका फाउंडेशन" से ही मेरा चिकित्सा है। इसका उपयोग मेरे चिकित्सा के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकल्प में कहा गया है।

6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं भी एक ही प्रकार का चिकित्सा नहीं किया है, जब तक कि अधिक या कम किसी किसी अन्य अंतरराष्ट्रीय/देशीय कक्षाओं से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/advertise/produce my name, address, photo & details of the purpose(s) 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 earlier 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(s) for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision on granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and the decision in this regard will be final and acceptable to me.

3) इस प्रकल्प में अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपना नाम, पता, फोटो एवं "आवेदन पत्र में उल्लिखित उद्देश्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकल्प में प्रयोग हो सकेंगे, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अन्य लोगों से उक्त दान/सहायता से ली जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सितारा/विभिन्न चक्रों के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती आसियान/कक्षा से अनुसंधान के लिए प्राप्त है तो अन्यत्र कहीं अन्य भी चिकित्सा सेवा या चिकित्सा अनुसंधान से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्रा में स्पष्ट कहा गया है कि आवेदक "द्वितीय चक्र" तक लेनी/पाने हेतु किसी भी चिकित्सी सेवा या किसी अन्य सहायता से नही लेगा/लेगी।

4) मैं "कोशिका फाउंडेशन" से ही मेरे चिकित्सा सेवा प्राप्त करने हेतु ही यह आवेदन पत्र में यह सहायता का विवरण दे रहा हूँ। अन्यत्र कहीं भी अन्य सहायता के लिए मैं आवेदन नहीं करता हूँ। इस प्रकल्प में स्पष्ट कहा गया है कि आवेदक "द्वितीय चक्र" तक लेनी/पाने हेतु किसी भी चिकित्सी सेवा या किसी अन्य सहायता से नही लेगा/लेगी।

5) मैं "कोशिका फाउंडेशन" से ही मेरे चिकित्सा सेवा प्राप्त करने हेतु ही यह आवेदन पत्र में यह सहायता का विवरण दे रहा हूँ। अन्यत्र कहीं भी अन्य सहायता के लिए मैं आवेदन नहीं करता हूँ। इस प्रकल्प में स्पष्ट कहा गया है कि आवेदक "द्वितीय चक्र" तक लेनी/पाने हेतु किसी भी चिकित्सी सेवा या किसी अन्य सहायता से नही लेगा/लेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान 

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर):

By affixing hospital signature of our Authorised Signatory or recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) I/We do 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 other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is our 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर करे और मे चिकित्सी सेवा "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी/पाने हेतु विचार/सेवा की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) अपने प्रकल्प में प्राप्त कर लेनी/पाने हेतु है।

1) मैं/हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अंतरराष्ट्रीय/देशीय कक्षाओं से उक्त दान/सहायता से ली जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सितारा/विभिन्न चक्रों के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती आसियान/कक्षा से अनुसंधान के लिए प्राप्त है तो अन्यत्र कहीं अन्य भी चिकित्सा सेवा या चिकित्सा अनुसंधान से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्रा में स्पष्ट कहा गया है कि आवेदक "द्वितीय चक्र" तक लेनी/पाने हेतु किसी भी चिकित्सी सेवा या किसी अन्य सहायता से नही लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मेरे चिकित्सा सेवा प्राप्त करने हेतु ही यह आवेदन पत्र में यह सहायता का विवरण दे रहा हूँ। अन्यत्र कहीं भी अन्य सहायता के लिए मैं आवेदन नहीं करता हूँ। इस प्रकल्प में स्पष्ट कहा गया है कि आवेदक "द्वितीय चक्र" तक लेनी/पाने हेतु किसी भी चिकित्सी सेवा या किसी अन्य सहायता से नही लेगा/लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/12/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पता/सं. व तारीख	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहली हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरी हस्ताक्षर 2 
---	---