

VRN-C-20-12-04-48

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रखवाली)	 Koshika Foundation <small>Building hope with...</small>	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/1220/0238		APPLICATION DATE आवेदन दिनांक: 09/12/20		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Dinu		AGE-YEARS आयु वर्ष: 78	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम: Pothi				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Kakrala, Kakrala,				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: Distt. Bharatpur, Rajasthan, 321024				
Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय: Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 22,000/- (Family)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य मिलाव): NA		
PAN No. स्वयं बना सज्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो प्राय्य हो उसे चिह्नित करें): Yes / No हाँ / नहीं: <input checked="" type="checkbox"/> No				
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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Gayi	72	F	Wife
2	Ahsanuddin	43	M	Son
3	Zahid	40	M	"
4	Zakir	38	M	"
5	Sabir	34	M	"
6	Pamreen	40	F	Daughter in law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितनी आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) परिष्ठी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जमा करना है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जमा करना है)	Ration Card (Attach Copy) व्ययपत्तिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया जमा करना है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किन्हे गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सुची मिलाव			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (RE) S.I.C + I.O.L.			
ASSISTANCE BEING AVAILED IN SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली		
1	Lupin Foundation	1000/-		

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा पंखन कर):**

- I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & assisting associates liable for reimbursement.
- I hereby confirm that 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 receive, seek or in full, from any other insurance provider/insurance company, of the kind for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस पंखन में मेरे पर कृपया विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झिंझक एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता मिलाने की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग किसी अरुण को प्रतिबंधित करने के लिए किया जाएगा, जो इस पंखन में पंखन है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता को प्राप्त करने के लिए, उस सहायता के लिए किसी अन्य बीमा प्रदाता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और नहीं लेना है।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/print/out/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 or electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/ventures. 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.
- 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 is final and acceptable to me.
- इस पंखन पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा छाप साकार कर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस पंखन में घोषित है उसे "कोशिका" एम.एन.एल. द्वारा, सचिव/सहायक त्रुस्टी/उपस्थित से कृपया जानकारी प्राप्त करके सहायता के लिए किसी भी प्रकार सहायता में उपयोग कर सकते हैं। मेरे द्वारा जो विवरण इस पंखन में पंखन है वह मेरे कर्तव्य के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, मुझे सहायता के प्रकार को पंखन इस पंखन में "कोशिका" एम.एन.एल. त्रुस्टी/उपस्थित और सहायक त्रुस्टी द्वारा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा छाप

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

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this 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 patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation. In the event that such assistance is granted by Koshika Foundation, if the financial 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 expressly states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/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/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, हस्ताक्षर को आगे से सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सहायता प्रदान करने हैं।
  - यदि हमें किसी अन्य सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार प्राप्त होता है, तो हमें सहायता प्रदान करने हैं। यदि हमें सहायता प्रदान करने हैं तो हमें सहायता प्रदान करने हैं। यदि हमें सहायता प्रदान करने हैं तो हमें सहायता प्रदान करने हैं।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, उसे हमें सहायता प्रदान करने हैं। यदि हमें सहायता प्रदान करने हैं तो हमें सहायता प्रदान करने हैं। यदि हमें सहायता प्रदान करने हैं तो हमें सहायता प्रदान करने हैं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

DR. RAJESH SHARMA  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व गि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम के पर, हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 11/12/20

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नामी हस्ताक्षर 2