APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखभाल)					Koshika
APPLICATION No. : आनेदन संख्या :	V/022	4/1720	APPLICATION DAT	E 26/02/24	Building block of life
NAME OF APPLICANT : Bhuri			AGE-YEARS	आयु-वर्ष SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: S	ubash			
Thokk	bhan	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवसीय Paga®	पता .	PASIE PHOTO HERE
1000	H-Ma	HWIA, U.P. 2	81401	ता	Ricop Postop
		same as a	bove		
OCCUPATION:	He	me maker		MARBIED (Paril	ी ति) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय PAN No. स्वार्ड खाता संर	ME :	560001- (Fa		(Attach Proof of (अर्थ का साक्ष्य	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes /		
क्या आप आय कर दाता	त (जा मान्य हा	इस पर सही का निशान लगाये। FAM	हा /		
Sr. No. क्रम संख्या	N	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	Rag	hubin	इम्र (वर्ष) ार्म ♥	[ē中] / //	आवेदक के साथ सम्बंध
2-	Saray		(34	M	con
		idhya	30	F	Daughter in Law
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	TANCE (Tick which	hever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण एव (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलम्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ग्रामा प्रति संलग्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलम्भ करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		"PURPOSE" for RE सहायवा हेतु किये	QUESTING ASSIS । गर्वे विनतों का उ	(1) (1) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4	1
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्माताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	RE- Cataract				
	LE- Cataract				
		Swipery	- DE) - SIC 1	PMMA
		0.0			10 000
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S	SAME "PURPOSE	from OTHER SOURCE	is
Sr. No. क्रम संख्या	0.00	इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता उशो	
	DB C	ζ'		5000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा मोमणा पत्र:

- 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, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- 1) मैं फोषणा करता है कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विधाण मेरी आवकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विधाण एवं कमन असत्य पाया जाता है तो मेरी महाचता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कांशिका काउन्डेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, वो इस प्रारूप में मरा गमा है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हैतु यह प्रार्थना को गई है, इस त्रींश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक बीमा कस्पनी से न तो लिया है और न ही मिक्स में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/put-up/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 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", 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेंशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, प्राप्त, फोटो और जो विवास इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, माचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
 से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास में पहले पा बाद में फारने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से लहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाल्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आशेएक को हस्ताव्स या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (अपनाल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient 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 it's 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्ताधरी की ओर से मामले.योगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से नितिय सहायता हेतु सिकारित को जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निध्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो धविष्य में नितिय महायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उक्त येगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"
से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हाथ भरव हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हास सहायता जिनति ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्रांशिका फाउन्टेशन" से लो गई सहत्यता कंवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने कि कि कि कि प्रमास की होगी और "क्रोशिका" की कोई मुम्कित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

27/02/

DR. PRAVEEN SEN AND MERS, DUS, OPHTHALMED

Reg. No. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Time..........अक्ट्राटकाल्यान व उत्तर च रवि. २ (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Administrator

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ञान्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

STEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

Exfungel