

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0417/0163

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Narayan

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Gangadhar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Bardamirakpalli, Ranapachesta Murkhim

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Piler, Chittaur Dist, Arunachal Pradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. आई टैक्स संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय कर का भुगतान करते हैं (को चयन करें एक या दोनों का विवरण देंगे):

YES/NO

हां/नहीं

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 से क्या संबंध
No Children				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BNS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) आवश्यकता आधारित कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य रिपोर्ट/प्रातिपत्र संलग्न
	DOV for Left Eye
	Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता निम्न अन्य स्रोतों से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H.	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथन)

- 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 & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other spouse/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन या कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने अपने कथन के अंतर्गत जो राशि का अनुरोध किया है, उसे मैंने केवल मेरे ही निमित्त ही उपयोग करने के लिए ही प्राप्त करने का इरादा रखा है।
- 6) मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने अपने कथन के अंतर्गत जो राशि का अनुरोध किया है, उसे मैंने केवल मेरे ही निमित्त ही और न ही किसी और के निमित्त ही प्राप्त करने का इरादा रखा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/output/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 its 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) 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 प्रस्ताव पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा जोड़ना, मैं (अर्शक) अपने कथन की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रस्ताव के अंतर्गत मेरी सहायता के लिए मेरी जानकारी का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 4) मैं (अर्शक) इस प्रस्ताव में कथन करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए मैंने "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत किया है।
- 5) मैं (अर्शक) इस प्रस्ताव में कथन करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए मैंने "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

- 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:
- 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- 3) मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने अपने कथन के अंतर्गत जो राशि का अनुरोध किया है, उसे मैंने केवल मेरे ही निमित्त ही उपयोग करने के लिए ही प्राप्त करने का इरादा रखा है।
- 4) मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने अपने कथन के अंतर्गत जो राशि का अनुरोध किया है, उसे मैंने केवल मेरे ही निमित्त ही और न ही किसी और के निमित्त ही प्राप्त करने का इरादा रखा है।
- 5) मैं यहाँ पर कथन करता हूँ कि मैंने अपने कथन के अंतर्गत जो राशि का अनुरोध किया है, उसे मैंने केवल मेरे ही निमित्त ही और न ही किसी और के निमित्त ही प्राप्त करने का इरादा रखा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अनुमोदित करने के लिए अनुमति

Dr. Gayatri Krishna
Administrator
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
No. 5, Lions Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
पता: 5, लियोन्स स्पेशलिटी आंखों का हॉस्पिटल, 002

Dr. SHEETAL BALLAL
Consultant
B.W. Lions Superspecialty Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(हॉस्पिटल का नाम एवं हस्ताक्षर के साथ)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

(यहाँ हस्ताक्षर करें)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

(यहाँ हस्ताक्षर करें)

[Signature]

[Signature]