

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: S/0871/195 (0806/17) APPLICATION DATE: 11/8/17

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ravinder Biswal

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आगु-वर्ष

37

SEX लिंग

M

FATHER'S/SOPUSE'S NAME: Lt. Bal Kishan

पिता/जीवनसाथी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill: Islampur, P.O. Sec. 30, Gurgaon

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: बचत आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Unemployed

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: Nil

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्याई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (No)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आगु वर्ष	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
(1)	Shakuntala	35	F	Wife
(2)	Rishu Kumari	14	F	Daughter
(3)	Rishi Kumar	12	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" For REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु की गयी विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची/संलग्न
	Diag: (1) Visceral Haemorrhage
	Sus: (1) Viscerotomy

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है ?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	Nil	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 & on going 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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested & Granted.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निस्वर्गीय/सहायकीय होगी।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जिस हेतु इस प्रपत्र में मदद मांगी है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं ले रही हूँ। उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बिमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or dissemination of information about its activities/achievement. Such use of my photo & details can be by made Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that 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 to receive 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 that regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन", एवं किसी चान खाना/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या बाद में उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ग्राहनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रदर्शित है मुझे स्वतः सहायता का उत्तरदायी नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवं उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम एवं बाध्यकारी होगा जो कि मुझे स्वीकार्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न

(Signature)
(Ravinder Kumar)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

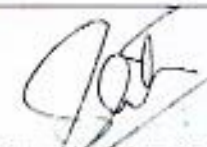
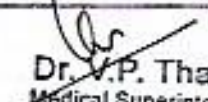
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 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 and/or patient 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.

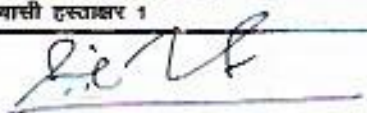
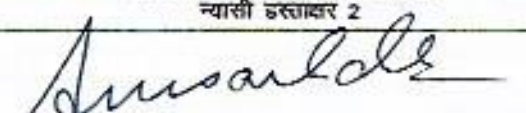
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" की ओर से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश किए जाने पर उसे हम (हस्पताल) द्वारा निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह है कि मैं या मेरा संस्थान और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए/समाप्ति में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/अधिकतम रूप से स्वीकार नहीं किया जाता है तो संस्थान किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त होगी/समाप्ति में लेने/अवकाश योग्य किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) यह कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी विषय हस्पताल द्वारा दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच में स्थापित है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज, सुरक्षा और मरने-जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी स्वयं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई नुस्खा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Recommended For Acceptance मंजूरी के लिए

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/05/17	 Dr. Stuti Astir (Name of Dr. & Regn. No. of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पद व हस्ताक्षर	 Dr. V.P. Thakral Medical Superintendent SHREE EYE CENTRE (Name of Hospital & Designation of Authorised Signatory) 4-9, Kallash Colony हस्पताल का नाम, पद व हस्ताक्षर
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	---