

C17/08/0011

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0817/0272

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/08/017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lochan Prasad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Bhudev Prasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill+Post - Karmouth Iglaah dilgaah 174, 2018/17

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above

Preet Poxtop

(0272) Lochan Prasad

OCCUPATION:

व्यवसाय

Former

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

21000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. क्याई खात संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Sunil Devi	68	F	Wife
2	Laxmi	40	F	Son
3	Sandeep	22	M	Son
4	Lata Kishor	34	M	Son
5				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे बिजली का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न

RE - TMC

RE - TMS

Surgery - (RE) Phaco with IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

सी गई सहायता राशि

SCCH

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 & 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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे खोला जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता की राशि के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा छापकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" फाउंडेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने और उसकी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रेषित है। फाउंडेशन का फैसला यह होगा कि इस सहायता को "कोशिका" फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय और सहायता दी जायेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हम किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयत्न करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा करना पड़ेगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे द्वारा रोगी को दी जाने वाली सलाह/उपचार का चुनाव रोगी और हमारे बीच की समझौता के आधार पर होगा, जो "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/08/13

Dr. Ashwini Kumar

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS-FICO
Reg. No. 66028

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

[Signature]

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

हम व हमारे अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]