

C17/08/0010

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0273

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/08/017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Nanik Chand

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Mangto Sham

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कौनसा जगह पता

Vill - Narnak Ka Patti

Dist - Bhatnagar, RJ. 38

321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



Preet Preet

(0273) Nanik Chand

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण) NA

PAN No. क्या खाता संख्या

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

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

Yes / No

हां / नहीं

✓

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | meena                                             | 60                         | F              | Wife                                            |
| 2.                     | Shivam                                            | 23                         | M              | Son                                             |
| 3.                     | Rashan                                            | 13                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

|                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                      |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें) | EW's Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मांगे किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अवयव/वैद्यकीय से आती की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | RF - Imbc                                                                                  |
|                        | 16 - Imbc                                                                                  |
|                        | Surgery - Phaca with IOL (RF)                                                              |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>उसी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1.                     | SCHE                                      |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा करें)**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन सहायता प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कॉशिका फाउंडेशन", से ही प्राप्त करूँगा, जो कि केवल मेरे लिए ही है, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है, जो कि केवल मेरे लिए ही है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का कोई भी अंश किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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/pu-l-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 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो कि "कॉशिका" द्वारा न्यासी, चर, चरणकला द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" न न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के उद्देश्य से प्रकाशित कर सकते हैं। मेरी इच्छा: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस प्रारूप में "कॉशिका" द्वारा न्यासी न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्पक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए और सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगी जायेगी, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी जा रही है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता माँगी जा रही है।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या प्रक्रिया के लिए हमें सहायता माँगी जा रही है। हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या प्रक्रिया के लिए हमें सहायता माँगी जा रही है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery  
शस्त्रोपचार की तिथि

16/08/07

**Dr. Ashwini Kumar**  
MBBS, MS, FICO  
Reg. No. 66028  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर नंबर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*