

C18/12/0223

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of lifeAPPLICATION No.: A/1218/0665
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 20/12/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Prem
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Prabhali
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Langarol, T.C. - Kishanpur Bazar

Dist. - Muzaffarpur, Bihar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As above

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 70,000
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAY No. स्थायी खाता संख्या NA

YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (को चयन करें उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Sukanta	35	M	Son
2	Niraj	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/वैद्यकीय से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE-PP LE-IMSC
2	Surgery — LE-SIG+JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाला 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 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 being requested.
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिल चुका है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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.

- 1) इस पत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" फंडिंग, प्रचार, प्रचारण द्वारा दूरदर्शन के मुक्त प्रसारणों और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण को प्रचारित करने के बिना मेरे बिना मेरे बिना "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के प्रचारित से अधिकृत है मुझे तथा, सहायता का उपयोग नहीं करना। इस प्रकार मैं "कोशिका" फंडिंग प्रचारित करने के लिए अधिकृत और अधिकृत होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

R+H
DHARM

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बयान)

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.

इससे अधिकृत, हमारा ही और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की जायेगी "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी रोगी/रोगी हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा ही और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं। इस प्रकार मैं अपने बयान करता हूँ कि हमारा ही और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारी ही और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा ही और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता का कोई प्रभाव नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। इसलिए हमारा ही और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता का कोई प्रभाव नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता का कोई प्रभाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. Dharm Singh के लिए सिफारिश

MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाज नंबर के साथ

L. BASSEY

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
उनके नाम पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक 1

Safur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक 2

Safur