

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. : K/1218/1760

APPLICATION DATE : 6/12/18

NAME of APPLICANT : RAM MURAT

AGE-YEARS मनु-वर्ष 40

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BAIJU MURAT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास

KHAMIPUR, BHADILA, SULTANPUR, UTTAR PRADESH, 208131

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी 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	RAM MURAT	40	M	SELF
2	SARASWATI MURAT	35	F	WIFE
3	SAHA MURAT	33	F	DAUGHTER
4	BINAD MURAT	32	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी गई प्रतिलिपि प्रमाण पत्र
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रस्ताव निरस्त हो जा सकती है।
- 5) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में उक्त उद्देश्य है।
- 6) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं करूँगा, न ही भविष्य में, इस उद्देश्य के अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जो कि मेरी प्रस्ताव के लिए है और मैं इसी उद्देश्य के लिये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमति, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रस्ताव का उद्देश्य जो सहायता के लिये है वह मेरी प्रस्ताव में उक्त उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्शक) इस से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के अतिरिक्त किसी अन्य उद्देश्य के लिये प्रकाशित या प्रसारित नहीं किया जायेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकार को निर्दिष्ट किया जायेगा और सहायता के उद्देश्य के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 यहाँ पर हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं।

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए या उद्देश्य के लिए करूँगा, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी कहते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता का निर्णय लेने का अधिकार/अधिकार का चुनाव हमारे ही अधिकार में है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में हमारे ही सहायता का निर्णय और हमारे ही की गयी जिम्मेदारी हमारे ही अधिकार की होती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/1/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. सह मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिव संकर बैगचि Director Koshika Foundation Centre
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 [Signature]
---	---