

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K11218/1931 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12/12/18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : KALPANA DANGAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 47 वर्ष	SEX : F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHYAMAL DANGAR पिता/पति का नाम				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बंगला पहाड़, धनपुरा, बनारस-221003. Noida, U.P.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : N/A					
OCCUPATION : HOUSE WIFE. व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत जोड़ें)			
PAN No. : [Blank]		MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं? (जो मानें उसे पर 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध	
1.	KALPANA DANGAR	47	F	SELF	
2.	SHYAMAL DANGAR	58	M	HUSBAND	
3.	MAYA DANGAR	04	F	DAUGHTER	
4.	CATARA DANGAR	01	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जमा करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जमा करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिए गए निम्न कारण:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/निदान से जारी की गई दवाइयां सूची जमा करें				
1.	Cataract - CATARACT L.E.				
2.	Surgery - LA (LASIK)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **अर्जितकः प्रो. श्रीमान् श्रीमान्**

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सही जानकारी देना ही मेरा कर्तव्य है।
- 2) मैं इस बात पर यकीन रखता हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो पैसा मिलेगा, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिलूँगा और न ही किसी और से मिलूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (underline the word)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छाया की छवि प्रकाश हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस फॉर्म में उल्लिखित है, को "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे प्रोत्साहित और प्रोत्साहित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास कर सकते हैं। इस फॉर्म पर प्रकाशित होने वाले मेरे नाम या पता से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रोत्साहित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशित करने के माध्यम से प्रोत्साहित है मुझे नहीं। प्रकाशित या प्रकाशित की प्रकाश इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित प्रोत्साहित या प्रोत्साहित और प्रोत्साहित होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

સાહેબા બેં બ્રામણના આ સંસ્કૃતિના વિચાર



AGREEMENT by HOSPITAL (NAME OF HOS)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this cessajulant 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

४१२० अतिथित: इराक़ाई की ओर से गगनचोरी को "अतिथित गगनचोरी" से मिलित गगनचोरी से मिलित की जाती है, जिसे इन (अन्यथा) मिलित प्रकार से साथ में जोड़ा जाता है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में उल्लिखित है कि किसी भी राजकीय संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से इस एजेंसी/एजेंसियों में होने का कोई संबंध है, जैसे कि इनके "कोशिका प्रशासक" से निवारण/निर्देशन इस संस्था में "कोशिका प्रशासक" द्वारा प्राप्त होगा कि है। और "कोशिका प्रशासक" द्वारा राजकीय निदेशन/सहायता से प्राप्त नहीं किया जाता है तो राजकीय निदेशन अन्य भी राजकीय संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से प्राप्त होने का अधिनियम सुनिश्चित करता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि राजकीय निदेशन प्राप्त इस एजेंसी/एजेंसियों से किसी भी राजकीय संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं होना चाहिए।
2. "कोशिका प्रशासक" में ही यह राजकीय संस्था उल्लिखित नहीं है। एजेंसी या इसका द्वारा ही यह संस्था या जिसे लगे उपसहायकता का सुझाव एजेंसी में इसका संबंध का विवरण है और "कोशिका प्रशासक" द्वारा किसी प्रकार का कोई संबंध नहीं है। इसलिए इसका में एजेंसी से इसका सुझाव और होने जाने को नहीं मिलेगी एजेंसी में इसका कोई संबंध और "कोशिका" को कोई सुझाव या निर्देशन इस प्रकार से नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ਸਾਹਿਬਜ਼ਾਦੀ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੰਸਕਰਣ

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	 Dr. Sanjay Shanker Nag (Name of Doctor/Signatory: with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर के साथ Research Centre	 Dr. Sanjay Shanker Nag (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इनका हस्ताक्षर के साथ
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

सामाजिक उत्तरदायित्व

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ਸਾਹਿਬ ਸਿੰਘ 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ਸਾਹਿਬ ਸਿੰਘ 2
	