

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : K/12/8/2.106		APPLICATION DATE : 19/12/18					
NAME of APPLICANT : BHAGWAN SINGH		AGE-YEARS 64		SEX M			
FATHER/SPOUSE'S NAME : MOHAN SINGH						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MOHAR KHAIRA, THAT, TIBHAT, BUNDELKHAND, U.P. 224102							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. XXXXXX1234							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No			
हम आपका आय कर दाता हैं (को चयन करें जो लागू हो)।				हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
1	BHAGWAN SINGH	64	M	SELF			
2	THEORA DEVI	56	F	WIFE			
3	UPENDRA SINGH	23	M	SON			
4	SAHENDRA SINGH	20	M	SON			
5	RINTU SINGH	22	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न						
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2	SURGERY - RE (STC + 101)						
ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED तो गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: जॉन डी वॉशिंग्टन

- 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 Koushika 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 सच है कि इस प्रश्न में मैंने सब सही विवरण दी जानकारी को सच माना है। यदि कोई विवरण सच माना गया है तो कोई सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कौशिका फाउंडेशन", से ही जा सकती है, प्रत्यक्ष प्रत्यक्ष सही प्रयोग की पूर्ण से मैंने किया करने, जो इस प्रश्न में सच माना है।
- 3) मैं यहाँ पर सच है कि मैंने सहायता हेतु अब प्रत्यक्ष की नहीं है, अब यदि वह सहायता या सहायता विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above the line)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, पत्र, सम्बन्धित दस्तावेजों से प्रुष्टी पीठिपिथी और प्रसिद्धि के लिए किसी भी प्रकार प्रयोग में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। वे इस प्रकार का विवरण भी इसमें के जारी या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि इसका उपयोग मेरे भरोदारों में प्रेषित है प्रुष्टी करता है। इसका का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त भरोदारों का निर्णय अंतिम और सम्बन्धित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकारों के प्रसारण या अंग्रेजी का प्रसारण



AGREEMENT by HOSPITAL (एम्पल ऑन वॉर)

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:

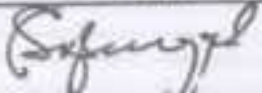
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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 legal & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

क्या? अधिकतर ब्राह्मणों की ओर से आये/लेने की "वर्षावा" "आन्दोलन" से विभिन्न कारणों से। विचारों की जाली है, जिसे इन (ब्राह्मणों) सिन प्रकाश से मान्य न लीकारा जाये है।

- 1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी राजकीय संस्थान या किसी अन्य स्तरों से बना ऐनै-प्रावर्गों में होने या हो रहे हैं, जैसे कि इनके "कोशिका प्रजापदों" में निष्पत्ति/निष्पत्ति प्रकाश के सम्बन्ध में "कोशिका प्रजापदों" द्वारा प्रारम्भ हेतु कि है। यदि "कोशिका प्रजापदों" द्वारा प्रारम्भ विन्दी अधिष्ठापकाल हेतु प्रचुर नहीं किंचित जगह है तो प्रारम्भ किसी अन्य भी राजकीय संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में प्रावधान होने का अधिनियम प्रकटित प्रकाश है। इस प्रकट में प्रत्येक प्रकाश जगह है कि प्रारम्भ विन्दी प्रारम्भ प्रकाश ऐनै-प्रावर्गों हेतु किसी भी राजकीय संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं संभवलेगी।
2. "कोशिका प्रजापदों" में ही यह प्रारम्भ संस्था विन्दी प्रकटित की है। ऐनै या प्रारम्भ द्वारा ही यह प्रकाश या विन्दी एवं प्रारम्भ/प्रतिष्ठा का प्रचुर ऐनै एवं प्रारम्भ को बीच का विन्दी है और "कोशिका प्रजापदों" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकाश नहीं है। प्रारम्भ प्रारम्भ में ऐनै के प्रारम्भ प्रचुर और अन्य अन्य को नहीं विन्दी/प्रतिष्ठा ऐनै एवं प्रारम्भ को ऐनै और "कोशिका" को कोई अधिनियम या विन्दी/प्रतिष्ठा इस प्रकाश में नहीं प्रोत्ते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

મગધીજ્ઞાતી બો શિવ સંસ્કૃતિ

Date of Surgery अंशदान की तारीख 19/12/18		(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. अनंजय गुह 25078 Eye Foundation Hospital Centre		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Shish Sankar Bagchi Director Eye Foundation Hospital Centre	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाहाबाद 			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाहाबाद 2 