

DEL-E-19-07-2962

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभास)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	DL 10719/0008	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	12/07/2019	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Sumita Devi	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65	SEX सेंद्रिय:
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूपी का नाम:	Ramesh Chand			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती का वासस्थान पता		 		
Mohatta - Nimmal Nagar Indira colony Saharsarpur - 247601				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वासस्थान पता		Same as above <i>Preop Postop</i>		
OCCUPATION: जल्दाई	Housewife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	N/A	(Attach Proof of Income) (आय का सब्द संलग्न)		
PAN No. स्थायी सात संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): कि आप ज्ञाय कर रहा है (जो नम्बर ही उस पर लड़ी का निशान संगाये)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सेंद्रिय	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ramesh Chand	71	(M)	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियुक्त अधार				
BPL Card (Attach Card Copy) मरीजी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जागा ग्रही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्त अव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जागा ग्रही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जागा ग्रही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये जाने विनियुक्त का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन गूंथी संलग्न			
<i>RG - PBK</i> <i>L6 - Pseudophakic</i> <i>Surgery - DSAEK (ReLW)</i>				
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थान से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य साहाय्य का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लौट गई सहायता राशि		
	SCEN			

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा पोषिता करा:

- 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.
 - 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.
 - 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 पूरा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी विवरण सेही जनकारी के अनुसार सापेक्ष एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कामना आवश्यक पाता है तो, मेरी प्राप्ति नियम की तरह होती है।

2) मेरे द्वारा दिए गए साहाय्य की रकम "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग हमी उपरेक्षा की चूर्णि के लिये किया जाता है, और इस प्राप्ति में बाकी नहीं है।

3) मैं चूर्णि करता हूँ कि विवाह संबंधित हेतु कोई खारेज की गई है, उस घटना का अविवाह या याकत हिस्सा किसी काम को द्वारा दिया जाना चाहिए।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा)

- 1) By affording my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to user/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 fulfilment 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 प्रत्यक्ष पर अपने हाथापाथ पर अंगठे की ताक साकार, मैं (आवेदक) मानवी सहायि को युक्त करता हूँ तथा "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और जीवनालय इस प्रत्यक्ष में प्रदर्शित है, उन्हें "कोशिका" एवं न्यायी, राज, साकारात्मक तृषुण वर्णन में युक्ती निर्धारितियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसरण माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे प्रत्यक्ष के गहरे या बाहर मेरे करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से परावर्त्त हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साकारात्मक वर्णन में प्रदर्शित है युक्त सहायता का इकायक नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" इस सम्बन्ध के न्यायीयों का विशेष अधिकृत और साकारात्मक होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपनी जीवन का अधिकारी हो।

AGREEMENT by HOSPITAL (see page 7)

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 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.

इसके अधिकार इकाई की ओर से प्राप्त होते हैं। "कानूनिक प्रत्यक्षता" में विभिन्न विधाएँ होती हैं जिसके द्वारा (प्रत्यक्षता) विधि विधाएँ विधाएँ विधाएँ होती हैं।

- 1) यह कि न हो सकता और न ही परिवर्तन में विभिन्न सहायता किसी गैर सहायती संस्थान या किसी अन्य स्थैतिक से उपर देखी जाने में सहायता या सहायता देने के से छोटे है, और कि हमने "कोशिका फाइब्रोज़ैन" से सिफारिशियाँ उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाइब्रोज़ैन" द्वारा गरद देनु की है। यदि "कोशिका फाइब्रोज़ैन" द्वारा सहायता विभिन्न अधिकारीकरण से देना चाहिए तो किसी कानून है तो सम्भवता किसी अन्य और सहायती संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित संस्था का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में उपर कहा जाता है कि सम्भवता द्वितीय नदर उक्त देखी जाने में होता है किसी गैर सहायती संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं संभव होती।
 2. "कोशिका फाइब्रोज़ैन" से ही ऐसे सहायता कोंडेन्ट विभिन्न प्रकृति की है। यदि जो हमलात द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर सहायता का चुनाव योग्य एवं हमलात को लोगों का विषय है और "कोशिका फाइब्रोज़ैन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाय नहीं है। इसलिये हमलात में दोगों के हमला युक्ता और आने वाले की सही किम्पेन्ट एवं एच हमला की होती है। "कोशिका" और "कोंडेन्ट" दोनों शब्दों का विवेदीय रूप समझने में मद्दत होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Amresh

 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 on behalf of Hospital)
 अमृश ए आइसी अर्थात् अमृश

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2