

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : K/1219/1765		APPLICATION DATE : 26/12/2019		 Koshika foundation Building block of life			
NAME of APPLICANT : RADHIKA DEVI		AGE-YEARS : 78				SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SATENDRA PANDEY							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : RAMPUR, BELGAUM, BILHAR 802312							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 13000 x 12 = 156000		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : [Blank]		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
				हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	RADHIKA DEVI	78	F	SELF			
2.	SATENDRA PANDEY	37	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)			
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)		उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किये गये विपरीत का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)						
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किताबी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED					
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	ली गई सहायता राशि					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- (2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रत्येक भी नहीं हूँ, इस प्रति का आर्थिक या धनगत हिसाब किसी अन्य फोरेन/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने छात्रों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रचार, दान, समर्थन/द्वारा उपयोग के लिये प्रसारित/प्रसारित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का हिसाब मेरे हस्ताक्षर के फल में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में जहाँ अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर को और से समझौते को "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करता है।
- (1) यह कि मैं या तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रसारित सहायता के प्रमाण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अंतिम/अंतिम हेतु समझौता नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सहायता से सहायता से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। इस पुष्टि में सहायता करता है कि सहायता सिफारिश पर सहायता हेतु सिफारिश के सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
- (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी के हस्ताक्षर/प्रमाण और अपने जाने की सही सिफारिश मेरी ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रमाण या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/12/2019	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>