

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/1217/2817 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 28/12/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: OMPRAKASH CHAURAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS वय-वर्ष 68	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KISHAN CHAURAS VIA पिता/कटुम्ब का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता MOMAMADA, SIWAN, BIHAR 841500			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता AS ABOVE			
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सक्षम संलग्न)	
PAN No. क्याई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो यथ्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे।) Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	OMPRAKASH CHAURAS	68	M
2.	BINOD KUMAR CHAURAS	26	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध SELF SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्ति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवर्ति का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (VCS + IAL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पत्र पत्र है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्येक भी नहीं हूँ, इस रोग का अंतिम या अंतिम चिकित्सा किसी अन्य प्रोडिक्ट/प्रोसीजर/कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

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 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.

- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने ज्ञान के अनुसार यह घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टी "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता हेतु मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रेषित हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कथन/प्रत्येक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किया जा सके।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता हेतु उद्देश्य से प्रेषित है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सके।
 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता हेतु उद्देश्य से प्रेषित है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सके।

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 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 अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में ली जा सके, जो "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हस्पताल को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रत्येक में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हस्पताल को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज का चुनाव और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/12/2019	Dr. [Signature] (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	[Signature] (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी व पर हस्ताक्षर अधिष्ठाता अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
[Signature]	[Signature]