


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building back of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या : C10220/0494		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 20.02.2020			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Brahampal		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग M		
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम Risala					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Umam Khimol Sahamarpur Umrikalan Gitan Pradesh 247451					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता As above				Preop Kastop 0494 Brahampal	
OCCUPATION : व्यवसाय Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 62,000		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाज्य हो उस पर सही का निशान लगाने)।		Yes (हाँ) / No (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 के साथ सम्बन्ध	
(1)	Mona	56	F	Wife	
(2)	Padam	30	M	Son	
(3)	Rani	28	F	Daughter in law	
(4)	Mohit	28	M	Son	
(5)	Komal	25	F	Daughter in law	
(6)	Bijesh	25	M	Son	
(7)	Kirah	25	F	Daughter in law	
(8)	Divya	10	F	Grand Daughter	
(9)	Priganshi	8	F	Grand Daughter	
(10)	Prince	5	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
(1)	Diagnosis - RE IMSC LE IMSC				
(2)	Surgery - LG SICS + IOL.				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लें गई सहायता राशी			
(1)	SCEH				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्णतः पूर्ण रूप से प्राप्त करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मुझे यह सहायता न हो, जो प्रत्येक या स्वतंत्र रूप से किसी अन्य सहायतादाता/दाता/बिमा कंपनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके आसीन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नामी, पता, पता/पता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के निर्माण के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण में हस्ताक्षर को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त नामियों का निर्माण अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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 अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से नाम/दाता/बिमा को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायतादाता से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त उद्देश्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश आसिद्ध/प्राप्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायतादाता/दाता/बिमा या किसी अन्य सहायतादाता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हितों पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायतादाता से किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई सहायता व निर्देशों पर उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वयं नहीं है। उपरोक्त हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

MOHD. RAJ... RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
20.02.2020

DR. Rameesh Raza
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं.

VIVEK RANA
Administrator
(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
[नामी हस्ताक्षर 1]
(Handwritten signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
[नामी हस्ताक्षर 2]
(Handwritten signature)