

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation <small>Building block of life.</small>	
APPLICATION No. आवेदन क्रमांक		V/0220/1199	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम		Paramamanda	AGE-YEARS अनु-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम		Bihari Lal	76	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसानीय पता				
Adda, Kanab;				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय अवसानीय पता				
Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
Unemployed			UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण)	
19500/-			NA	
PAN No. खास खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगायें)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार में सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष):	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Sheela	late	F	Wife
2	Jaykrishna	42	M	SDN
3	Vijay	39	M	Son
4	Sheema	40	F	Daughter in law
5	Rajesh	34	F	Daughter in law
6	Ajay	25	M	Grandson
7	Subita	17	F	Granddaughter
8	Meena	14	F	Granddaughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लेख प्रमाण पर (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
-PURPOSE- for REQUESTING ASSISTANCE- सहायता हेतु किए जाने विनोद का उद्देश्य:				
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
	RE - JMSC			
	LE - JMSC			
	Surgery - (LE) SACS + JAL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता मिले	
1	SCCH			



One of Post op
(1199) Paramamanda

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा बयान):

- 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 suspension/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 seek or reimbursement in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यथा बल है कि इस प्रश्न में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अभाव में सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही ज्ञान अथवा यथा कहा है तो सही माहयता विवरण की या सत्यता है।
- 2) मैं इस बात का यथा 'कोशिका फाउंडेशन' से भी वादा है। उक्त अर्थों में उद्देश्य की पूर्ति के लिये बिना कल्पना, या इस अर्थ में प्रयुक्त है।
- 3) मैं यथा बल है कि मैं भविष्य में या वर्तमान में नहीं हूँ, इस राशि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोवैडेंट/व्यक्तिगत/समाजिक से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा बयान):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 donors 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) (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/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 मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का बचपन, मैं (अर्शक) अपनी सहायता की पूर्ण बयान है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में शामिल है। उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, घन, वचनमय दूरभाष, अर्थ में सुदी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उच्च माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी बचपन का विवरण को प्रमाण के पहले या बाद में कानून के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में लब्ध अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल है पूर्ण अर्थ: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस लक्ष्य में "कोशिका" एवम् उसके अधिकृत अधिकार और वचनमय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा बयान):

By affixing hereunder signature of an 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 receives 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 course of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is based on the range/need 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.

इससे अधिकृत, इस्पताल को और से मन्वरेणियों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) वित्त प्रकार से प्राप्त में स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से उक्त रोगी/रोगी से लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अर्शक के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु सहायता को वित्त प्राप्त है तो इस्पताल किसी अन्य सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट करता है कि अस्पताल इस्पताल कर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृत है। रोगी पर इस्पताल द्वारा की गई सहायता या वित्त पर उच्च/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इस्पताल इस्पताल से रोगी के इलाज/सुख और अपने बचपन की सभी जिम्मेदारियाँ हैं। इस प्रकार को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 19/09/20	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No. - 58417	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व उच्च इस्पताल अधिकृत अधिकारी
	Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्पताल का टिकट नं.	



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम है इस्पताल 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम है इस्पताल 2
	