

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **V/0220/1200** APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: **19-02-20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Badami** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **70** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Chogaram**



Pre op Post op
(1200) Badami

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Kot, Kot**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **17111-Prasadsapur Karsanpura 321405**

OTHER RESIDENCE ADDRESS / अन्य आवासीय पता: **Same as Above**

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **21500/-**

(Attach Proof of Income) / आय का साक्ष्य संलग्न: **NA**

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता है (जो पता हो उस पर वही का चिह्न लगावे) Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1.	SURAJ	72	M	Husband
2.	RAMESH SINGH	49	M	Son
3.	RAMESH	48	F	Daughter in Law
4.	LAKSHMI	20	M	Grand Son
5.	SHASHI	17	M	"
6.	Ashu	14	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विचार आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रजिस्ट्रार के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / EWS आरक्षण प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विचार के उद्देश्य:

Sr No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई सहायता हेतु चर्चा संलग्न
	RE - SURGE
	LE - SURGE
	Surgey - (RE) SURGE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहां अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
1.	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- 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/cease to exist.
- 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 provided to me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or receive (payment in part or in full) from any other source (employment/insurance company) of the amount for which this assistance is being requested.

- मैं यकीन करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच करने अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता स्थित हो न सकती है।
- मैं यकीन करता हूँ कि मैंने कभी "कोशिका फाउंडेशन" से पैसे नहीं लिये हैं, उद्योग उद्योग कर उद्योग को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।
- मैं यकीन करता हूँ कि मैंने कभी सहायता हेतु यह राशि नहीं ली है, इस राशि का अर्थिक या सहायता किलो अन्य स्रोत/निवेशकर्ता/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use my name (including 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.
- (Applicant) further agrees 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 रूप में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता को सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस रूप में प्रयोग हैं जो "कोशिका" एवम् उसके, अपने, वाचनमय द्वारा उद्देश्य से पूर्ण गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रयोग करने में सक्षम अधिकृत है। मैंने इसका अर्थिक या सहायता के लिये या अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं ली है।
- मैं (अर्शक) इस रूप में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रयोग में लाने का अधिकार "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को है। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

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:

- 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 accept any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- The assistance from Koshika Foundation is of a financial nature. The advice of the treating/physician advised/conductor 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.

हमने अधिकृत हस्ताक्षर की आगे से मन्तव्ययोगी को "कोशिका फाउंडेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश तक के लक्ष्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किलो अधिकृत/सफल हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किलो अन्य स्रोत/निवेशकर्ता/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस रूप में स्वीकार किया जाता है कि अस्पताल किलो सहायता हेतु किलो अन्य स्रोत/निवेशकर्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लेगा/लेगी।

- "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किलो अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मरीज एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किलो सहायता के लिये स्वीकार नहीं है। हमारे या हस्पताल में मरीज को सहायता हेतु और अन्य स्रोत को सहायता हेतु किलो सहायता को सहायता हेतु "कोशिका" को सहायता हेतु सिफारिश का निर्णय नहीं लगेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal सिफारिश के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
20 09-20

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 58417
Time..... Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिप्पणी

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्निहित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
सदस्य हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
सदस्य हस्ताक्षर 2