

URN-C-20-02-1150

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : V10220/1202
आवेदन क्रमांक :

APPLICATION DATE : 19-02-20
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Kalawati
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 73
वयस

SEX : F
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Lesha
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H.No. 200, Patlipur, Vill. Kot, Teh. Buxar
वर्तमान आवास पता

Distt - Bhagalpur, Bihar, 821305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as Above
स्थायी आवास पता

Road Post op
(1202) Kalawati

OCCUPATION : Home maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 2000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. (यदि जाना संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो पान हो उस पर तिक का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Roshan	46	M	Husband
2	Sudhakar	43	M	Son
3	Mohender	44	M	Son
4	Reshmi	45	F	Daughter in Law
5	Meena	40	F	Daughter
6	Yash	18	M	Grandson

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता हेतु लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लिये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LE - JMSC
	Surgery - (LE) SICS + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 (if any) liable for rejection/revocation.
- 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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer's insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मेरे द्वारा कथित है कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया जाय तो मैं इसे स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में घोषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषित करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस प्रस्ताव के अंतर्गत से प्राप्त किये गये पैसे को किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बोनस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-appropriate 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.
- (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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

- By affixing the tender, signature of our 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 seek 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.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure to be 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, हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
 - वह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त संकेत/रोगी से लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अधिकृत/प्रदान नहीं करता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बोनस या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रस्ताव में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हीरोप फंड उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता केवल वित्तीय प्रकृतियों के हैं। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी/रोगी के चिकित्सक/हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इलाज/उपचार में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सभी जिम्मेदारियों को हस्तांतरित करने के रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery उपचार की तारीख 20.09.20	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No - 58417 Title..... (Name of Dr. & Regit. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized 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
	