

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of life.APPLICATION No. : 110220/1207
आवेदन क्रमांक :APPLICATION DATE : 19-02-20
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Katori

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/कटुण्य का नाम

Vandoloman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 28, Vill. Singhmalka, Teh. Baryana

Distt- Ghazipur, Rajasthan, 321005

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above.

One of Payer
(1207) KatoriOCCUPATION
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

24000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्पष्ट करना संख्या

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

Yes / No

ह / 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 संबंध
1.	Bhogi Ram	late	M	Husband
2.	Jay Singh	43	M	Son
3.	Vijay Singh	40	M	Son
4.	Drepa	40	F	Daughter in Law
5.	Mahendraj	34	F	Daughter in Law
6.	Mahaveer	16	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रो 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 साथ प्रो संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु चिह्नित लक्ष्य चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपित दवाओं संलग्न
	RE- IMSC
	RE- IMSC
	Surgery - (RE) SACS + JOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत में लिया गया है:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ले गई सहायता राशी
1.	SCM	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & onward 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of the reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत जवाब दिया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- मेरी दृढ़ता का प्रमाण यह है "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं जो है, उसका उपयोग करती हूँ। उद्देश्य को पूर्ति के निमित्त किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि बिना सहायक हेतु वह पर्याप्त नहीं है। मैं किसी भी अन्य सहायक/कर्मचारी/बिमा कंपनी से नहीं रिफंड करूँगी और न ही भविष्य में दूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to disseminate/publish/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 it's activities/endeavours. 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 प्रकार मैं अपने (आवेदक) या अपने (आवेदक) के नाम, पता, फोटो और उद्देश्य को प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य को प्रसारित कर सकते हैं, जहाँ तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया गया उद्देश्य से जुड़ी जानकारी और उपलब्धियों के विषय में मेरा प्रभाव प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं अपने नाम, पता, फोटो और उद्देश्य को प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य को प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ। इस प्रक्रिया में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी और उपलब्धियों के विषय में मेरा प्रभाव प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

By affixing the hospital 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 avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are receiving to get from Koshika Foundation. In the event 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/operation, as recommended 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 अतिथि, हस्तक्षेप की और से मन्त्रालयों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तक्षेप) निज प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के अथवा रोगी से उक्त रोगी/रोगी से किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त की है।
- "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता के अभाव में, हमें किसी भी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के अथवा रोगी से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रसंग में स्पष्ट करा जाता है कि अत्यन्त वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से न तो कोई सहायता प्रदान की जाती है। रोगी को हस्तक्षेप द्वारा ही सहायता मिलेगी। हमें उपलब्ध/अधिकृत या अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इसलिए हस्तक्षेप में रोगी को सहायता प्रदान करने और रोगी को वित्तीय सहायता प्रदान करने की हमें जिम्मेदारी होगी, जो "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी सहायता प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Dr. Priya Agrawal (स्वीकृती के लिए संस्तुति)</p>		
<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>30-09-20</p>	<p>M.B.B.S., M.S Ophthalmology Reg. No. - 58417</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) उपरोक्त का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों द्वारा 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों द्वारा 2</p>
--	--