


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य संस्थान)	 Koshika Foundation Building back of life		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V1022011209		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 19-02-20			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Jagman		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 65	SEX / लिंग: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम: Dinitham					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता: Kadapura, Gajna					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवास पता: DITE-ISHORATHRUS KADAPURA, Gajna Same as Above					
OCCUPATION / व्यवसाय: unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: NA		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA			
PAN No. / स्वयं जारी संख्या: NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं / <input checked="" type="checkbox"/>					
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.	Rumali	60	F	Wife	
2.	Keshav	31	M	Son	
3.	Kedarni	38	F	Daughter in Law	
4.	Mohi Babu	19	M	Grand Son	
5.	Vishvinder	12	M	" "	
6.	Lovekesh	09	M	" "	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) प्रारूप के लिए चिह्नित आधार				Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य	
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: प्रारूप हेतु किए गए चिह्नों का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारण सूची संलग्न				
	RE - JMSC				
	LE - JMSC				
	Surgery - (LE) JMSC + JOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य संस्था किसी अन्य स्रोत से दिया गया पत्र?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो यह सहायता गरी			
1.	SCEH				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 recalculation/abolition.
- I solemnly affirm that assistance / financial 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/झूठ प्रकट होता है तो मैं इसे हटाकर रिक्त करी जा सकती है।
- मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का हूँ। इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कदापि इस प्रश्न की पूर्ति नहीं की है, उस धरमिक क आर्थिक या प्रकृत किसी किसी अन्य प्रकृत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदनक द्वारा स्वीकार)

I, By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Founder and its Trustees to use/publicize/out-use 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 conditions 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.

I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, without authorization of mine 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके न्यासीयों "को" अधिकृत करता हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" दस्यु, नाम, पता/व्यक्ति द्वारा उद्देश्य के लिये प्रचारितियों और वितरणियों के लिये किये जाने वाले प्रचार सामग्री में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। पर प्रश्न का विवरण पर प्रश्न के करने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे अनुमति के प्रकाशित हो सकता है और प्रकृत नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दस्यु नामी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (उपचरक द्वारा स्वीकार)

By affixing your/our signature of our Authorised Signatory for recommending this disqualification 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 condition 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 adopted/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 treatment.

हमारे अधिकृत उपचरकों की ओर से प्रस्तावित/रिक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्णय कदापि इस विचारित की जाती है, बिना हम (उपचरक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में भविष्य में कदापि किसी भी प्रकार से आर्थिक या प्रकृत नामी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेने या ले ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत/निम्न उक्त को प्रश्न में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकृत है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकृत विवरण अधिकृत/प्रकृत इस प्रकार है कि प्रश्न में था प्रकृत किये अन्य भी लक्ष्यी सत्य या किसी अन्य सन्धान से सत्यापन होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि भविष्य में भविष्य में उक्त रोगी/रोगीयों से लेने या ले ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का प्रकृत नामी निर्णय प्रकृत की है। रोगी का उपचरक द्वारा लेने का सन्धान या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं उपचरक के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये प्रकृत या कोई सन्धान नहीं है। हमारे/हमारे से लेने का प्रकृत सुरक्षित और लेने जाने की सही निर्णय/रिक्त लेने का प्रकृत और "कोशिका" को कोई भूमिका या निर्णय/रिक्त इस सम्बंध में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संमति

Date of Surgery / ऑपरेशन की तारीख: 20-02-20
 Name of Applicant / आवेदनक का नाम: Dr. Priya Agrawal
 Speciality / विशेषज्ञता: M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
 Reg. No. / रजि. नं.: 58417
 Signature / हस्ताक्षर: *(Handwritten signature)*

(Name, Designation & Hospital of Authorised Signatory on behalf of Hospital) / नाम व पद/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
(Handwritten signature)
 Hospital / अतिरिक्त उपचरक द्वारा



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अतिरिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 / न्यासी हस्ताक्षर 1
(Handwritten signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2 / न्यासी हस्ताक्षर 2
(Handwritten signature)