

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Lives of the

APPLICATION No.: F/0124/0373 (01/24)  
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 29/01/24  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Mr. Jagannath  
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु वर्ष 68  
SEX लिंग MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Nathi Nath  
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

D-Block Janta camp Bhera Mandir Mathura Ra

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

As Above

OCCUPATION: Unemployed  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.50 Lacs (Family Income)  
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Ranje	60	F	Wife
②	Gaurav	40	M	Son
③	Kunal	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Sur:- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED जी गई सहायता राशि
	NIL	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:-**

- 1) 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/cancellation.
  - 2) 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.
  - 3) 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में धरा गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी या भविष्य में कभी भी, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही लियेगा, उस राशि का अधिकतम या प्रत्येक हिस्सा किसे जन्म अंतर्निवेश/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही लियेगा, उस राशि के लिये।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put in reproduction 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.
  - 2) 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.
- 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विषयक इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका" यन्त्र न्यायीयों, दान, धारण/पत्र द्वारा उद्देश्य को पूर्ण गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है, मेरे प्रकरण का विवरण जो इसमें है, वह मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" यन्त्र न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अविचार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


*Sasankant*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार)**

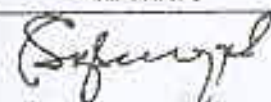
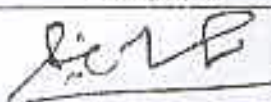
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, in 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 it's 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 choice of the treatment/procedure advised/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.
- हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षरों को आर में मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि - न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिए/प्राप्त/विनिर्दिष्ट इकाई को प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आधिकारिक/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हस्ताक्षर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लगे/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल ने रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की गारंटी विनिर्दिष्ट रोगी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णिक या विनिर्दिष्ट इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery आदेशन की तारीख  <i>29/1/24</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम, रजि. नं. और हस्ताक्षर का निशान	 Dr. Rohit Harrison (Name, Designation & Stamp of Hospital) डॉ. रोहित हारिशन (नाम, पद और अस्पताल अधिकृत अधिकारी)
---	--	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2  
--	--