

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. F10225/413 (MSHT. 93/15)
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 25/2/15
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: MR PINTU TIWARI
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
33SEX लिंग
M.FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHATRUGHAN TIWARI
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ward-5, Babubham, Tajpur Muzaffarpur, Bihar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION: Hawker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 1.20 lacs
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खात मंजूर -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो पान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)Yes/No
हां / 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 सम्बन्ध
1	Manish	28	M	Brother
2	Pawan	23	M	
3	Aakash	21	M	

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



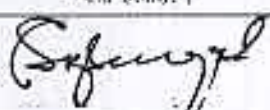
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रोज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof 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:- LE Cataract
	Sur:- LE Phaco + IOL

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 राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य पाया जाता है तो मेरे सहायक निरस्त की जा सकती है। 2) मेरे द्वारा मैं सहायक प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भय गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आधिकारिक या वकालत हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा,	
AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/out-up/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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, प्रायोजन, दूसरे उद्देश्य से जुड़ी कतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है। 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रचारित है कुछ स्वतः सहायक का इस्तेमाल नहीं सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान <div style="text-align: center;">  </div>	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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, 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत, इलाजगरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती रकम के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनती अस्वीकार/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायक संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेना/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और अपने जाने को भरो तन्मयगरी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या तन्मयगरी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्तुति <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>Date of Surgery अपेक्षित की तारीख</p> <p>25/2/25</p> </div> <div style="width: 40%; text-align: center;">  <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाजगरी नं. (जि. नं.)</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>Dr. Rohit Harrison Chief Administrative Officer Shroff Eye Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> </div> </div>	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2 