

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: S/0323/342 (14/23) APPLICATION DATE: 23/3/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sonu Kumar
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 27 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramveer Rai
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: रहाना अवस्थान पता
69-70 A Ecotech-I Greater Noida

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवस्थान पता
Vill: Chakraborty Vaishali Dist Bihar

OCCUPATION: Technician
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2,00,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या —

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 का सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक का साथ सम्बन्ध
①	Ramveer Rai	55	M	Father
②	Anita Devi	52	F	Mother
③	Pooja Kumar	22	F	Wife

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Vitreous Haem
	Sur:- RE Vitrectomy

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में घोषित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्यक्ष की नहीं है, उस राशि का वापस या समस्त किसी किसी अन्य व्यक्ति/निर्देशक/बैंक/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/produce 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 करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग के लिए यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्टाफ" को अधिकृत कर रहा हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में घोषित हैं, जो "कोशिका" अपने स्टाफ, सहायक या दूसरे उद्देश्य के कुछ परिस्थितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस करार के अनुसार मेरे हस्ताक्षर के सहित या बिना मेरे जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत कर रहा हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस करार में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" अपने स्टाफ/स्टाफ" का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

[Signature]

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 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की शर्त से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न समझते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मात्र में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु मनाजु नहीं किया गया है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सरकारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ से स्पष्ट करार जात है कि अस्पताल अपने पर उस रोगी/मात्र हेतु किसी भी सहायता लेने का निर्णय अपने स्वयं के तरीके से लेगा।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही यह करार का दिवस एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सही एवं हस्पताल के बीच न किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के हस्तगत सुरक्षा और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को हस्ताक्षर और "कोशिका" को कोई भविष्य या निर्णय हेतु इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपराध की तारीख 12/3/23	<i>[Signature]</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	<i>[Signature]</i> Dr. Rohit Harrison Chief Administrative Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) उन व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---