

VRN - C-21-11-1522

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building back of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0001

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

31/03/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Ramsaram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

75

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुस्थ का नाम

Charam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Awerhi, Baldeo,

Distt. Mathura U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



PRE-OP PHOTO HERE

Preop

Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

60000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई 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 लगायें)

Yes / No

हाँ / 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.	Usha	73	F	wife
2.	Satyveer	37	M	son
3.	Bhanti	32	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विवेकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - P.P.
	Surgery - RE
	SICS + PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am a U.S. citizen. ☐ I am a U.S. permanent resident. ☐ I am a U.S. national.

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:
- 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 reconsideration/revocation.
- 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, seek or 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 प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रमाण प्राप्त जहाँ से हो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा जो इस प्रपत्र पर उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह धन किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या स्वास्थ्य कवरेज (हियम) कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लें।

AGREEMENT by APPLICANT: (initials) _____

- 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/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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agreed 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोहरा को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवगत करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस पत्र में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" फंड, पत्रिका, दूर, वातावरण द्वारा इतराए में मुझे प्रचारित और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह पत्र का विवरण मेरे इच्छा के इच्छा या बाद में कार्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महापुरुष के इतराए में प्रचारित है मुझे प्राप्त, महापुरुष का हकदार नहीं बनाता इस संबंध में "कोशिका" फंड इसकी भरोदारों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवृत्तिका के प्रत्येक भाग में आवृत्तिका का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (FORM 20-483)

- 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 full & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसका अर्थ है कि इन दोनों को और से मारने-पीने को "कईशको" कायम रखना" से निषेध किया गया है।

1. यह कि न हो संरक्षण और न हो पोषण से विविध महाप्राण किसी भी संस्कारों सम्पन्न या किसी अन्य वस्तु से उक्त प्राणी/पक्षी से जंगल का हो रहे है। जैसे कि हमने "कोलिका काटनेदार" से मिमोडी/किली उक्त के सम्बंध में "कोलिका काटनेदार" द्वारा संरक्षित होने कि है। यदि "कोलिका काटनेदार" द्वारा महाप्राण किसी कोलिका/कलम से संरक्षित नहीं किया जाता है तो असम्पन्न किसी अन्य भी संस्कारों प्रभाव या किसी अन्य सम्पन्न से-संरक्षण होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्पन्न द्वितीय चरण उक्त प्राणी/पक्षी से किसी भी संरक्षकों सम्पन्न या किसी अन्य संरक्षण से नहीं संरक्षित।
2. "कोलिका काटनेदार" से जो कोई महाप्राण संरक्षित विविध वस्तु का है। प्राणी का संरक्षण द्वारा जो कोई संरक्षक या संरक्षक से उक्त प्राणी/पक्षी को सुरक्षित प्राणी प्राणी को पोषण का विषय है और "कोलिका काटनेदार" द्वारा किसी प्रकार का कोई संरक्षण नहीं है। इसलिए हमारा ध्यान है प्राणी को संरक्षण सुरक्षा और जंगल जंगल का प्राणी और "कोलिका" को कोई सुरक्षा या विमोडीय इस प्राणी में नहीं प्राणी।
- 

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540

Time of Dr. & Reg. Date with Stamp:-
डाक्टर का नाम व डायग्नोसिस यहाँ लिखें, न

(Name, Designation & Stamp of District Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इसनाहल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
DATE: 11/11/2011

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Exempel

2020