

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य दख्खाल)

APPLICATION No.
आवेदन संख्या :

V / 0423 / 0021

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

04/04/23

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

chote Kha Urf Sukha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

81

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/कपुष का नाम

Hesain

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बस्ती/पाला आवासीय पता

Jhamrautha, Jhamrautha,

Distt. Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS अस्ति आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

बेकामी

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

36000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष दस्तावेज़)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप अयं कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगाये)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के माध्यम सम्बन्ध
1.	Mahruum	58	F	wife
2.	Javaid	30	M	son
3.	Hasina	26	F	Daughter in Law

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

BPL Card (Attach Card/ Copy) गर्भी रेखा के लिये प्रधान यज्ञ (उपाय यज्ञ को लायक प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अखण्ड अयं की प्रधान यज्ञ (प्रधान यज्ञ को लायक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (उपाय यज्ञ को चायक गति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विनाई का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ट्रॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - cataract

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ट्रॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - cataract

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ट्रॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - cataract

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



DECLARATION by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा करा)

- 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 the 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.
- 4) मैं केवल यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ। यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।
- 5) मैं यहां यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।
- 6) मैं यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।
- 7) मैं यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा करा)

- 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 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 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.
- 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 & 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.
- 3) मैं यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।
- 4) मैं यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।
- 5) मैं यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।
- 6) मैं यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अप्लिकेंट के नाम पर अप्लिकेंट का फैप्ट



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करा)

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/afford 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.

मैं यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।

3) यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।

4) यहां पर्याप्त हूँ कि इस अवसरे के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।

5) "कोशिका फाउण्डेशन" के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।

6) "कोशिका फाउण्डेशन" के लिए यहां सहायता की आवश्यकता की जानकारी का उपयोग करना चाहता हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षकीय का फैप्ट, संस्थान

Date of Surgery अधिग्रहण की तारीख 05/04/23	DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS DMC - 48540 (Name of Dr. & Regn. No.) Date: _____ Time: _____ Signature & Date: _____	
---	---	--



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम संस्थान

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम संस्थान