

VAN-C-23-04-0622

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : <u>V/0423/0071</u> आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : <u>11/04/23</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : <u>Tyivem</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>59</u>	SEX लिंग <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>Khilla</u> पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>Nagla medua, Thana. baldeo, Jugdara,</u> <u>(Distt. Mathura, U.P. 281308)</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता <u>Same as above</u>				
OCCUPATION : <u>Home maker</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जीववाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>44000/- (Family)</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <u>N/A</u>		
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 <u>1</u>				
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.	<u>Rheary Singh</u>	<u>61</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2.	<u>Vikash</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3.	<u>Unni</u>	<u>27</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in Law</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 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 विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<u>RE- Cataract</u>			
	<u>LE- Cataract</u>			
	<u>Surgery - (LE) SICS + PMMH</u>			
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 ली गई सहायता राशी		

- 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 आपका करता हूँ कि इस प्रश्न में ऐसे गैर सभ्य विवरण नहीं जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस बात सहायता नहीं कि "कॉलेज का फाइलिंग", से ही वा सही है, क्योंकि वर्तमान उभो क्षेत्रों की पूर्ति के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस गद्यप्रकार हेतु यह प्रश्न का सही है, उस सही का अंतिम या अन्तर्गत हिस्सा जिसमें अन्य कोटिनिदोवक/वोना कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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/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 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 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 प्रात्र पर जगने वस्तुतः का अंगरेजी की छाप सफाई, मैं (अपेक्षक) आगामी सभागत की पुष्टि करता हूँ, एवं "कोशिका पाठ्यदेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और को विवरण इस प्रबंध में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रकृत न्यायों, राज, मान्यता/गा हस्त उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखें किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रात्र का निबन्धन मेरे द्वारा के पक्षों या तब से करने के लिए "कोशिका पाठ्यदेशन" य न्यायों अधिकृत है।
- 2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सभागत के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सभागत का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रकृत उसके न्यायियों का निबन्धन और अधिकृत होगा।

व्यावैदिक के हस्ताक्षर या संगुटे का निशान

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 अधिष्ठाता, कुस्ताइरी को और से मान्यता/संगी को "कोरोना पाठ्यक्रम" से कितने सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि व ठो संवेगन और व ठो परिचय के कतिपय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थापना से उक्त योग्य/मामले में लगे या हो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विवरित उक्त को संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम शासित/सकल हेतु मान्यता नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस भूट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त योग्य/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल कतिपय प्रकृति को है। योग्य पर हस्ताक्षर द्वारा दो वर्ष सहायता या कतिपय गये उपाय/प्रक्रिया का चुनाव योग्य एवं सहायता को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषय हस्ताक्षर में योग्य को इलाज सुरक्षा और अन्य चर्चा को योग्य जिम्मेदार योग्य एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या विधिवत इस मामले में नहीं लेगी।

स्वीकृती के लिए संलग्न

12/04/23

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Date: हाण्डर का नाम: वि. प्रसाद उ. एन. न.

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

Erfranz

1000