

VRN - VRN - C-22-03-1328

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0099

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

14/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Mathura Prasad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

Sohan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kumham, Kumham, Bithana, Kumham

Mat. Distt. Mathura, U.P. 281206

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop



Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

Savol- (Family)

☒ MARKED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाए)

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.	Rambeti	70	F	Wife
2.	Gururaj	34	M	Son
3.	Kaburi	33	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्तित 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 Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसकी 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 ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रमाण पत्रक जमा है तो मेरी सहायता निम्न को वापस कर दी जाएगी।
- 2) मैं इस बात का गंभीरता से "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मांग रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए अन्य किसी भी सहायता, रिफंड, या अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैं इस सहायता की मांग कर रहा हूँ, से मदद नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/publish/print-up/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) इससे सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित उद्देश्य "कोशिका" के माध्यम से, शब्दों, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, दानों को आमंत्रित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए मांगे गए उद्देश्य से नहीं होगा। मेरी सहायता का प्रदान करने का फैसला केवल कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों के पास होगा, और उनका फैसला मेरे लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान

**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 ओर से हमारा संकेत है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता को मांग रहे हैं। इस बात (हस्पताल) द्वारा प्रमाणित किया जाता है कि हम (हस्पताल) इस मामले में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं। यदि कोशिका फाउन्डेशन से मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हम (हस्पताल) को अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हम (हस्पताल) को कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए मांग रहे हैं, हम (हस्पताल) को कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए मांग रहे हैं।
- 1) यह कि हम (हस्पताल) और हमारे अधिकृत, हम (हस्पताल) से वित्तीय सहायता के लिए मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउन्डेशन से मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हम (हस्पताल) को अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हम (हस्पताल) को कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए मांग रहे हैं, हम (हस्पताल) को कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए मांग रहे हैं।
- 2) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा प्रमाणित किया जाता है कि हम (हस्पताल) द्वारा प्रमाणित किया जाता है कि हम (हस्पताल) को कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए मांग रहे हैं। हम (हस्पताल) को कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए मांग रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

15/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Time: 10:00 AM Date: 15/04/23

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम एवं पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2