

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building back of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0101

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

16/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Chandrabati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्ब का नाम

Durga Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kandali, Kandali, Simardhari,

Distt. Aligarh, U.P. 202124

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop

Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

46000/- (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 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.	Uday Singh	70	M	Husband
2.	Bhola	38	M	Son
3.	Choti	34	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - LE 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: (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 immediate 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/employee insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ठीक प्रकार असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस जो सहायता मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में धारा गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो राशियाँ को लूँगे, न ही उस राशि का अधिक या समान हिस्सा किसी अन्य स्रोत/विद्यार्थी/कर्मचारी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रसारित या दूसरे माध्यम से प्रकाशित करने के लिए उपयोग करेगा और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रकार का विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यूनतम अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उपलब्ध है, उसके द्वारा सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" अपने इसका निर्णय का निर्णय अंतिम और अप्रतिपक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण):

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the patient/case 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 full & 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 को जोड़ से प्रस्ताव/परीक्षा को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस रूप (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए और सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/परीक्षा से लगे या लगे रहें हैं, जिस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी या रोगी/परीक्षा द्वारा ही यह सहायता या किताब का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी/परीक्षा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा ही रोगी के इलाज सुझाव और अन्य जानकारी के लिए हमारा ही होगा और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारता हमारे पास ही रहेगी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित



(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No. & Stamp)
Time.....Date.....
हस्ताक्षर/समय/दिनांक व रोड नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आमंत्रित हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आमंत्रित हस्ताक्षर 2

[Signature]