

VRN - C-23-04-0873

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

V/0423/0102

APPLICATION DATE

16/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Rajvir

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

Murki Dhar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Udaybham, P.O. Sonai 281206, Udaybham Bhakrai,
Mursam, Distt Hathras, U.P. 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop

Postop

OCCUPATION

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

5000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाते 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 लगाएं)

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.	Kamlesh Devi	62	F	Wife
2.	Dalveer	34	M	Son
3.	Aakhi	30	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृत 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 विवृत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूचौ 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 ली जा चुकी है?

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

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 यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विवरण यदि कथन अनुसार सत्य पाया है तो सभी प्राप्त विवरण सही एवं सकारात्मक हैं।

2) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि यदि मैं कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करता हूँ तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रारूप में जानकारी दी है।

3) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस राशि को वापस नहीं किया है और न ही भविष्य में नहीं करूँगा।

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/post-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 seeking donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be in order to promote Koshika Foundation before/after my trustees' permission 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/withdrawing/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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों "का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रकार से प्रयोग हो, इस "कोशिका" द्वारा भ्रातृवर्गों द्वारा आवेदक को दूरी दूरस्थ से मुद्रित प्रचारवाणी और उपलब्धियों के लिये किया भी प्रचार सम्बन्ध में प्रसारित करने में सिल अधिकृत है। मेरे प्रचार का विवरण मेरे हस्ताक्षर को दूरस्थ का कार में करने को, सिल "कोशिका" फाउंडेशन" के भ्रातृवर्गों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता का अनुरोधों से प्रयोग हो मुद्रित सचर, सहायता का दस्तावेज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

understand the nature of the problem.

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. In 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 अधिकृत, इम्पाउन्सीबल और सौ से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1.) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी से लेने या मांगे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/वित्तित करने व सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अधिकाधिकतर हेतु मदद की किता जात है तो हमारे द्वारा किसी अन्य स्रोत से सहायता के किसी अन्य संस्था/संस्था से सम्बन्ध लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारे द्वारा वित्तित मदद उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगिणी द्वारा ही सही सलाह या किन्हीं अन्य उपचार/चिकित्सा या भुगतान से ही हमारे द्वारा रोगी या रोगिणी का चिकित्सा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारे में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों पर हमारे द्वारा कोई दबाव नहीं है।

कोशिका और "कोशिका" को कोई भुविगत या निम्नलिखित रूप में मदद नहीं है।

Dr. Shroff's Eye Care

इन्डोफेन्डी के लिए संस्कृति

17/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Reg. No. & Stamp)
Time: _____ Date: _____

(Name, Designation, and Address of Authorized Signatory
on Behalf of Hospital)
and is the person who is signing

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राप्ति प्रमाण :

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
DATE PRINT 2

2020