

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0128

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Surajmal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Ramji Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Phalain, Post-Phalain, Kasikalam (Rural)

Distt. Mathura, U.P. 281403

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

PASTE PHOTO HERE
Preop Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

44000/- (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 दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	Kishan Dei	60	F	wife
2.	Sher Singh	23	M	son
3.				

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
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	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: (अर्शक द्वारा पंथन पत्र)

- 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 पत्र दे रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सत्य जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पत्र भरने अथवा पत्र भेजने के लिए गलत बताया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर पत्र दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को निर्वह किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र भेजने के लिए बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर पत्र दे रहा हूँ कि इस सहायता हेतु यह आवश्यक नहीं है कि उस राशि को अर्शक या मरीज किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 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 is final and irrevocable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर मैं (अर्शक) यहाँ पर पत्र दे रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में बताया है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रचार/प्रसार हेतु उपयोग में लाने/प्रकाशित करने/प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से इस्तेमाल करने में निरुद्ध नहीं हूँ। मेरा पता और विवरण जो इस प्रारूप में दिये गये हैं, उनसे मैं अपने को निरुद्ध नहीं करता हूँ।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दिये गये हैं, सहायता को हटाने नहीं बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दिये गये निर्णय को अंतिम और अपरिवर्तनीय मानूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुली का छाप

**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 को अंत में लगाकर हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) अन्य स्रोत से वित्त न ले सकें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी मरीज/रोगी के लिए किसी अन्य स्रोत से ले ली जायेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित नहीं की जाती, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तित करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पत्र पर हमें यह पता चलता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मरीज या रोगी द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मरीज एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का निर्णय नहीं है। इसलिए हस्पताल में मरीज के उपचार सुरक्षा और भविष्य के उपचार हेतु हमें पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शक के लिए, सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 45540
Date.....
Time of Dr. & Regn. No. with Stamp
हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on the Hospital Seal)
नाम व पद के साथ हस्पताल की मुहर के साथ

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बरी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

द्वितीय हस्ताक्षर 2