

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building lives of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0130

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Priemvadi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

68

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

Bijay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Toormaula 2, Dham singha, Kosi Kalan,

Distt. Mathura, 281403

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

5000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. खास खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध
1.	Summat Singh	72	M	Husband
2.	Pratap	33	M	Son
3.	Anju	34	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विनति 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 है?

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



Preop

Postop

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 suspension/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from KashiKa 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 membership, in part or in full, from any other sponsorship/protection company, of the amount for which the assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में जो सब जानकारी मैं दे रहा हूँ वह सच है। और यह होगा कि मैं प्राप्त प्राप्त/सहायता जो मैं ने आपसे प्राप्त किया है या करूँगा है।

2) मैं आप से यहाँ पर "कौशिक फाउंडेशन" से जो भी सहायता मैं प्राप्त करूँगा या प्राप्त कर रहा हूँ, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में कभी किसी अन्य स्पोन्सरिंग/प्रोटेक्शन कंपनी से, जिसके लिए मैंने सहायता के लिए प्रार्थना की है, से सहायता नहीं प्राप्त की है।

1) By affixing my signature on/above impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its trustees to use/publish 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 following durations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be done by Koshika Foundation before or after my death/until 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.

3) इस बात पर मैंने साक्षात्कार के अंतर्गत को स्वीकार किया है कि "आवेदन" जारी करने के लिए मैंने "कौशिका" फाउंडेशन को इससे सहमत है " को अधिकृत करने है कि मैं या मैं, मेरा कोई भी अधिकारी इस बात से सहमत है, कि "कौशिका" फाउंडेशन, मेरा नाम/चित्र/पता/विवरण में मुझे प्राप्त/प्राप्तियों और उपलब्धियों के साथ किसी भी अंतर माध्यम में प्रकाशित करने के लिए, आवश्यक है कि इस बात के बिना कोई प्रकाशित करने के लिए मैं या मैं, अपने को लिख "कौशिका" फाउंडेशन " से जारी अधिकृत है।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं या मैं, या कोई भी अधिकारी को कि फाउंडेशन के अधिकार में प्रकाशित है मुझे प्राप्त/प्राप्तियों को प्रकाशित करने के बिना इस संबंध में "कौशिका" फाउंडेशन द्वारा जारी अधिकृत को निर्दिष्ट अधिकृत को स्वीकार करने।

unlike a nation or an individual



By affixing hereunder: signature of our Authorized 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 explicitly 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.

इस आश्वासन, हमारी ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिस रूप में उपरोक्त। निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

(1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता के बिना अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में से कोई एक नहीं है, जबकि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियोज/वित्तियोजना प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्रस्ताव पेश किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य या अंतर्गत सहायता के बिना अन्य सहायक से उपचार लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगियों हेतु सहायता प्राप्त के बिना अन्य सहायक से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता प्राप्त वित्तीय मदद को भी, यदि वह उपलब्ध हो तो उसे सहायता के बिना अन्य सहायक/वित्तियोजना को प्रदान नहीं करेंगे।

3. यह कि यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं होती है, इसलिए अस्पताल में रोगी के उपचार सुख और अपने आप में सहायता को पूरी और "कोशिका" को कोई विकल्प के बिना/बिना इस मामले में नहीं करते।

अधिकृतों के लिए संरक्षण

20/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 46540
(Name of Dr. & Reg. No.)
Time _____ Date _____

(Name, Designation, and Title of the Signatory on behalf of the legal entity)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

भाषा: हिन्दी

संज्ञा

सुखी सुखी