

VRN - C - 23-04-1074

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0131

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Gryaba

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

Rammiji Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Toomaula, Dhamsingha, Kosi Kalan

Distt. Mathura, U.P. 281403

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

36000/- (Family)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(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 निशान लगाएँ)

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.	Teji	71	M	Husband
2.	Bhuda	26	M	Son
3.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेंज 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 है?

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



Preop

Postop

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा भरना है)

- 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 treatment, in part or in full, from any other source/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर दाखिल करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सत्य और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या अन्य गलत जानकारी दी जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर दाखिल करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर दाखिल करता हूँ कि मैं इस सहायता से पहले और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से जो भी मदद ले रहा हूँ और ले रहा हूँ, उससे कम है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा भरना है)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करके, मैं (अर्शक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को आवश्यकता पड़े पर मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में बताये गये, उस "उद्देश्य" के लिए प्रयोग कर सकते हैं, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ। इस सहमति के बिना, मैं अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं कर सकता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस फॉर्म पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि कॉशिका फाउंडेशन को भेजे जा रहे हैं, केवल मेरी सहायता के लिए ही प्रयोग किए जा सकते हैं। इस सहमति के बिना, मैं अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं कर सकता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा भरना है)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the 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 any other 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 & if outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को अंत में यहाँ पर हमारे द्वारा "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसका हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिए नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता पूरी नहीं मिलती, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में यह कहा जा रहा है कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जा रही है, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जा रही है।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और सही ढंग से चल रहा है और "कॉशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शक के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/04/23	 DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS DMC - 48540 (Name of Dr. & Registrar) Time: 10:30 AM Date: 20/04/23	 (Name, Designation & Hospital of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्नीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
--	--