

SRE-C 23-02-1157

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

C/0223/0183

APPLICATION DATE : 06-02-2023

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mr Roopchand

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्ताक्षर का नाम

Late Mr Gajendra Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

121, New Sharda nagar, Sahasrampur,
Sahasrampur Uttar Pradesh- 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

PASTE PHOTO HERE

Preop Postop
Roopchand(0183)

OCCUPATION :

व्यवसाय

labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

50,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता 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 सम्बंध
(1)	Omprati	60	F	WIFE
(2)	Rajkumar	30	M	SON
(3)	Rajesh	28	M	SON
(4)	Sushil	25	M	SON
(5)	Rupali	24	F	Daughter in law
(6)	Rohini	24	F	Daughter in law
(7)	Sushil	20	F	Grand daughter
(8)	Gurpreet	07	M	Grand son
(9)	Shiv	02	M	Grand son

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
	Diagnosis- RE- NUCLEAR cataract LE- NUCLEAR cataract
	Surgery- RE- SLEET with 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 कर्ता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा अवसर फर्क जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी छत्र में सहायक रहित "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समान किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञान करार)

- 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/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 it's 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाप्रज्ञा के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः महाप्रज्ञा का हक्कार नहीं बताता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इसाखा या अंगुठे का निशान

p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त कर्तुं)

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 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 अधिभूत, हस्ताक्षरी को उंग से गन्धर्व/लोही को “कोशिका फाउन्डेशन” से विलीन महापुरुष की सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसुख) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्चस्व और न ही अधिकारों के विषय में किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्तर से उठाया गया मामला में सौंपे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोरिका फाउंडेशन" से निष्कासित/विनिर्गत उक्त के सम्बन्ध में "कोरिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्गत अधिकार/सहायता हेतु मन्त्रालय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाया गया/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोरिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल विनिर्गत इच्छा की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उच्चाचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोरिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोरिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

ANUSHREE BAI
DMC-1010

DMC-101

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Ranveer Singh Sandhu

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्त्यालय अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यूनी हस्ताक्षर 2

Rich

