

VRN-C-20-12-0232

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building Lives of Hope

APPLICATION NO / आवेदन संख्या: **V/1220/0207**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **04/12/20**

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: **Jagveer Singh**

AGE-YEARS / आयु वर्ष: **40**
SEX / लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **Shukha**



Preop Postop
(0207) Jagveer Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय जगह:

Taxeliya, Bajna dehat, Bajna,

Distt. Mathura, U.P. 201201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय जगह:

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: **Farmer**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **21000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत प्रस्तुत करें): **NA**

PAN No. / आई टैक्स संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (को भरने से 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 संबंध
1	Kamlesh	34	F	Wife

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए कितने आधार**

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के रेशन कार्ड का 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये उद्देश्य का उद्घरण:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबद्धन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) CICS + IOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिया गया है।**

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक इत घोषणा करत:

- 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 null & void for repudiation/cancellation.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement in part or total, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि जो प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार प्रत्येक सच हैं। यदि कोई विवरण एवं कक्षा कल्प प्रत्येक सच नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को ग्राह्य नहीं किया जायेगा।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक किसी भी प्रकार से, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया नहीं किया, जो इस प्रकार में प्रस्तुत किया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक इस राशि को नहीं लिया है, जो कि किसी भी प्रकार से, इसका पूरा या आंशिक या कक्षा कल्प किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी में प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक इत करत):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I Applicant, hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to, (re)publish/print/upload by 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 ensure and/or necessitate or continue 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, जॉय और तब तक जो प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, फोटो/चित्र इत्यादि से जुड़ी प्रचारितियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति पर फंडिंग को खर्च या बाह्य से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामों अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित हैं, उन्हें स्वयं सहायता या इतर स्रोत नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त नामों का विचार और नामकरण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

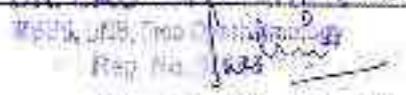
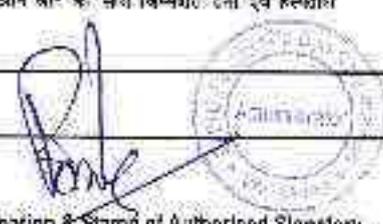


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक इत करत):

- 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:
- 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 total, 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 accept any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - 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 judgement 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.
- इसके अधिकृत हस्ताक्षरों की ओर से मारने/बेनी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से, इसका पूरा या आंशिक या कक्षा कल्प किसी अन्य स्रोत से प्राप्त किया जायेगा, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विचारित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विचारित/सिफारिश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षरक किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यंत ही गंभीर रूप से उक्त उद्देश्यों हेतु किसी भी प्रकार से सहायता प्राप्त की किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता केवल वित्तीय उद्देश्यों की है, ऐसी न ही हस्ताक्षरक द्वारा कोई सहायता या विचारित सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षरक के बीच का विचार है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का सहायता नहीं है। इसलिये हस्ताक्षरक में रोगी के इलाज/चुनाव और अपने स्वयं की सारी जिम्मेदारियों को ही हस्ताक्षरक की होगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षरक के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 05/12/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर, न.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory की Behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षरक अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
