

VRN-C-20-12-0323

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation B. 100, Block V, II	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1220/0216		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 07/12/20		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Panna		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 64	SEX / लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Kannaal Singh				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Kuvampur dhatauli, Dhantauli				
DISTRICT / जिला: Adilgarh, UP 202123				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय: Shop keeper			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 19500/-			(Attach Proof of Income) / आय का साक्ष्य संलग्न: NA	
PAN No. / आय का संख्या: [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर धरा है (तो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें): Yes / No <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	Kunti	62	F	Wife
2	chetan	37	M	Son
3	veena	33	F	Daughter in law
4	Sohit	11	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / परोक्ष लेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रका प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रका प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रका प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर में की गई गई उपचार सूची संलग्न			
	RF - Senile Cataract			
	LE - Total Cataract			
	Surgery = (LE) SICS + IOL			
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 / ले गई सहायता राशी		
1	DICS	2000/-		



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथित):**

- 1) I hereby declare that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/revocation.
- 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 (i.e. over the service company) of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ बताने का दावा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य दावा है तो उसे सत्यापन किया जा सकता है।
- 5) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उक्त प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकार में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस मदद को किसी अन्य स्रोत (अर्थात् सेवा कंपनी) से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथित):**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use photo/ID-card/reproduce my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested/granted, through any means, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation, and/or disseminating information about its solicited events. 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 subject me to liability 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'त्रास्टी' " को अधिकृत करने का अधिकार है कि मेरा नाम, पता, फोटो और बाकी विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार सहायता के प्रयासों करने के लिए उपयोग किया जा सकेगा। मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस मदद को किसी अन्य स्रोत (अर्थात् सेवा कंपनी) से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उल्लिखित हैं, उसे सहायता के हस्ताक्षर नहीं लगाया इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों के लिये प्रिंट और इलेक्ट्रॉनिक रूपों में किया जा सकेगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथित):**

- 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 its right to raise the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation especially states that the Hospital will not bear 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 course of the treatment/procedure to be 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.
- इसमें उल्लिखित, हस्ताक्षर की जायेगी कि मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से निमित्त सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि मैं (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद या सहायता नहीं लेता हूँ।
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निमित्त सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त उद्देश्य के लिए नहीं ले रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त उद्देश्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अन्य स्रोत (अर्थात् सेवा कंपनी) से नहीं ले रहा हूँ तो सहायता किसी अन्य स्रोत (अर्थात् सेवा कंपनी) से नहीं ले रहा हूँ। इस प्रकार मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि सहायता हेतु उक्त उद्देश्यों हेतु किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा हूँ।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उक्त प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकार में बताया गया है। मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस मदद को किसी अन्य स्रोत (अर्थात् सेवा कंपनी) से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

<p>DR. SAHIL GUPTA MBBS, DNB, MCh (Neurology) Reg. No. [Signature] (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>		<p>[Signature] (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** अर्शक द्वारा कथित

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p>[Signature]</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p>[Signature]</p>
--	--