

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



www.koshika.org

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1220/0220

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 08/12/20

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: Mohan Singh

AGE YEARS / आयु वर्ष: 70

SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Hari Prasad Singh



Preop Postop
(0220) Mohan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Lotha, Lotha, Baldeo

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Distt. Mathura, U.P. 281301

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): NA

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 18500/-

(Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / आय का प्रमाण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का विकल्प चुनें): Yes / No: हाँ / नहीं: No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Aniraj	67	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विवरण आधार

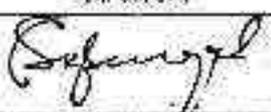
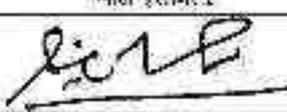
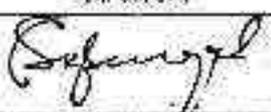
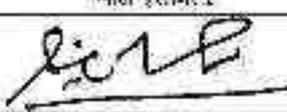
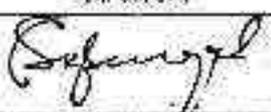
BPL Card (Attach Card Copy) / राशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु वर्ग के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ इसे संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु लिये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित वृत्त संलग्न
	RE - SNIFF CATARACT
	LE - PP
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कौन 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	DACS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया) 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 & originating assistance 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, seek or seek to secure, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of the amount for which this assistance is requested. 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन सत्य पाया जात है तो पूरी संभावना विकल हो जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में दया गया है। 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में कहीं से भी, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न मिलेगा और न ही संचयन से होगा।			
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photograph, 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 दस्तावेज पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति का प्रतीक बन रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस दस्तावेज में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्वु द्वारा, दान, चिकित्सा दवाओं, उपकरणों से मुझे उपचारित करने और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संचयन से प्रचारित करने के लिए, अधिकृत है। मैं इसका उपयोग करने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रचारित है मुझे सहायता प्राप्त करने का इच्छुक नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्वु उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।			
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 			
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया) By affixing her/his signature of our Authorized Signatory for recommending the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following: 1) That we neither seek presently nor will in future seek, 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 short fall 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 duly recommended 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 full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से घोषित करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रस्ताव से प्राप्त न स्वीकार करते हैं। 1) यह हमें न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने का ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त रोगी/रोगी के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदानित अधिकतम/पूर्ण मदद नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रतीक में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने/प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेती। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसा न होकर हस्पताल द्वारा ही वह सहायता या वित्तीय मदद उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विवाद है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त रोगी/रोगी को दान, उपकरण या दवाओं के इत्यादि उपकरणों से सहायता प्रदान करने की अथवा वित्तियता करने एवं हस्तगत करने हेतु है। "कोशिका" को कोई भी सहायता या वित्तियता इस संबंध में नहीं होगी।			
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>DR. SACHIN SHARMA 1001, DAB, P.O. DAB, DIST. DAB Reg. No. 22003 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी नं.</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">  (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी </div> </div>			
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> SIGNATURE of TRUSTEE 1 अमी हस्ताक्षर 1  </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> SIGNATURE of TRUSTEE 2 बाकी हस्ताक्षर 2  </td> </tr> </table>		SIGNATURE of TRUSTEE 1 अमी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 बाकी हस्ताक्षर 2 
SIGNATURE of TRUSTEE 1 अमी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 बाकी हस्ताक्षर 2 