

VRN-C-20-12-0435

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन नं. **V/1220/0224**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि **09/12/20**

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम **Ramdhakeli**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **68** SEX लिंग **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/स्वामी का नाम **Bhikhi Ram**



Proof / प्रमाण  
(0224) Ramdhakeli

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता  
**157, Sanki radha Kund, Kethakund Rural,  
Kethakund, Distt Mathura, U.P. 201504**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था. आवासीय पता  
**Same as above**

OCCUPATION / व्यवसाय **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय **22000/- (Family)**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न) **NA**

PAN No. / PAN नं. **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उसे पं. सही का निशान लगायें):  
Yes / हाँ / No / नहीं

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 संबंध
1	Pawan Singh	42	M	Husband
2	Ashish Singh	43	M	Son
3	Ashish	41	M	Son
4	Rudra	42	F	Daughter in law
5	Usha	41	F	" " "
6	Baby	22	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Copy) / पिछले रोजा के नोवे प्रमाण पत्र (उत्पन्न न हो अथवा प्रति अलग करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय का उत्पन्न न हो (प्रमाण पत्र की जमा प्रति अलग करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जमा प्रति अलग करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे गले रिकती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / आरोग्य-रिपोर्ट/प्रेस्क्रिप्शन जो जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) PHACO + IOL

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	DACS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा करता है):**

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render this Application & ongoing assistance totally for rejection/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 or reimbursement, in part or in full, from any other source-employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सत्य नहीं प्रकट होता है तो इसे अस्वीकार किया जाना चाहिए।
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने या मेरी पत्नी, उसका उपयोग उद्योग उद्योग को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्रकृत है।
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने या मेरी पत्नी, इस प्रारूप का अर्थिक या वकालत किराने किराने अन्य स्रोत-रोजगार/बिमा कंपनी से न मिले हैं और न ही भविष्य में दूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करता है):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/duplicate/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 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.
- (Applicant) further agree & authorize such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, without 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.
- इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर मैं (अर्शक) अपनी सहमति को प्रकृत करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को "उद्देश्य" के लिए नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रकृत हैं, उसे "कॉशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर प्रसारण द्वारा उद्योग से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का अर्थिक या वकालत किराने किराने अन्य स्रोत-रोजगार/बिमा कंपनी से न मिले हैं और न ही भविष्य में दूंगा।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि कथन के उद्देश्यों में प्रकृत हैं प्रकृत करने के लिए उपयोग में आ सकते हैं। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त नामों का प्रयोग अर्थिक और वकालत के लिए होगा।

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

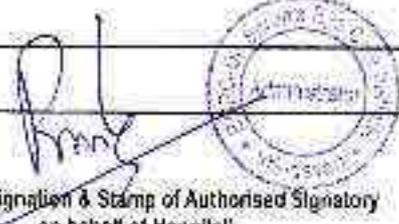
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता है):**

- By affixing formal letter, 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 in full, 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 avail 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 shade of the treatment/procedure advised/decided 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 this matter.
- उक्त घोषणा, हस्ताक्षरों की आशय वास्तविकता को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के माध्यम से "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकृत है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रकृत नहीं की जाती है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकृत में प्रकृत नहीं किया है कि अस्पताल वित्तीय सहायता सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
  - "कॉशिका फाउंडेशन" से न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के माध्यम से "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकृत है। इस प्रकृत में प्रकृत नहीं किया है कि अस्पताल वित्तीय सहायता सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृति के लिए संस्तुति)**

Date of Surgery अपरेशन की तारीख  10/12/20	DR. SACHIN SHARMA MBBS, DNB, FRCR (Orthopaedics) Reg. No. 21111 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका/व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नाम सहित)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नाम सहित)
