

VRN-C-23-06-0076

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:

आवेदन संख्या :

V10623/0347

APPLICATION DATE : 02/06/23

आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Umilia Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

49

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/काकी का नाम

Shyam Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बासान आवासीय पता

Dhaura, Dhaura,

Distt. Agra, U.P. 283202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

बदलाव

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

8000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई चालान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का विशेष साक्षण्य)

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 भाष्य सम्बन्ध
1.	Evaran Singh	55	M	Husband
2.	Deepak	30	M	Son
3.	Vineet	26	F	Daughter-in-law

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को आया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनामी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाजिंग संख्या संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - LE SECS + ENMA

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 ली गई सहायता राशि
1.	DBCS	2000/-

Koshika
foundation
Building block of life.



Preop Postop

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संघरण पदः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये ममी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण दर्श करने असत्य जाता है तो मेरी सहायता निराकार की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ से लिखा गया यहां "कोशिका फाउंडेशन", मेरे हाथ से लिखा गया है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि इस सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस रूप से का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य द्वारा/विवेदिका/भीमा कामगारी से न हो सकता है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की लाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उच्चायामी के लिये किसी भी प्रसार साहाय्य में व्यापारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इत्याकृत के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बताते हुए कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है मुझे स्वतः सहायता का हकारा नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्विच अंतिम और वाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करता)

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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मायले/गोरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विकारीरा को जाता है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकर करते हैं।

- 1) यह कि न हो वर्तमान और न हो भविष्य में विविध सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त गोरी/मायले में लोगों या लोगों को हो जाए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियोगी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी/साकारी हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित सहायता हेतु का अधिकार मुश्किल रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त गोरी/मायले हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य साथी से की संपर्क/लेती है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के केवल विविध प्रकृति की है। गोरी पर हस्पताल द्वारा तीव्र सम्भावना का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुकाव गोरी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इच्छा नहीं है। इसलिये हस्पताल में गोरी के इतज सुरक्षा और जाने जाने की सही विधेयता गोरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विम्बारोगी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Dr. SUFYAN DANIS:

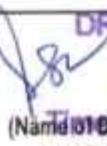
M.B.B.S., D.O.M.S, D.N.E

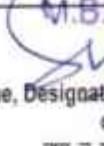
Sufyan Danis 82893

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

नम्र व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

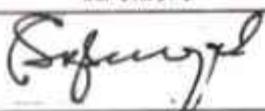
Date of Surgery
अंपरेशन की तारीख
03/06/23


DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्पताल व संक्र. न.


Dr. SUFYAN DANIS
M.B.B.S., D.O.M.S, D.N.E
Sufyan Danis 82893
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।


SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

