

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life



APPLICATION No.: V/1021/0443

APPLICATION DATE : 06/10/21
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Mahaveer**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 53
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **Dungar Singh**
पिता/कपुर्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**Bram Nand nagariya, Arruqg banyer
Mant, Dij&H. Mathuria, U.P. 281202**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

**Proof Posttop
(0443) Mahaveer**

OCCUPATION: **Shop Keeper**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **28000/-**

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई स्वाता संख्या

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

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 सम्बंध
1				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थान प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आवश्यक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थान प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की स्थान प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न RE - Senile Cataract

LE - Senile 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 लो गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 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 it 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्रारूप में लिखे गये सभी विवरण मेरी ज्ञानकीर्ति की अनुमति सह सर्व सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त हो जाएगी।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता योगी "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा सकती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भए गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विस सहायता हेतु मात्र प्रारूप को गई है, उस एक वाला आवेदक या संकल निम्न विवरण की अपेक्षा अधिक अपेक्षा की जाएगी और न ही चाहिए मैं लौगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 प्रत्येक वाले आवेदक या अवेदक को जाप संकार, मैं (आवेदक) आपनी जापमयी को पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जात, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, एवं, आवेदक द्वारा उससे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार या विवरण करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक वाले विवरण में इसका को यात्रा या बात में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस वाले से सहमत हूं कि मेरा नाम, जात, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ता है भूमि स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विनाय अतिम और आवश्यकता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरापत्ति



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्पताल की ओर से गमले/ऐने को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विभागित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यान्य व स्वीकृत करते हैं:

1) यह कि न हो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता विकसी और सरकारी संस्थान या विकसी अन्य संस्थान से उक्त रोगी/मामले में लोगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनामि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनामि अधिकारी/सकल देहु मन्त्री किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या विकसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार नुस्खित रखता है। इस पुष्टि में सम्मत कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या विकसी अन्य संस्थान से जीते लोगपत्तें।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सी गई सहायता को विविध प्रकृति की है। ये प्रकृति अस्पताल द्वारा या विकसी अन्य संस्थान/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विकसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के दृष्टव्य सुरक्षा और अने जाने की सारी विधियाँ एवं नियम अप्लाई होती हैं।

Dr. SUFYAN DANISH
M.B.B.S., D.O.M.S., D.N.B

BECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

DMC 82893

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दृष्टव्य का नाम व हस्पताल व संकेत, न.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

गान्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पताल 2