

VRN - C-22-09-0339

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: V/0922/0602

APPLICATION DATE: 06/09/22  
आवेदन तिथिNAME OF APPLICANT: Chandravati  
आवेदक का नामAGE-YEARS 72  
SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/काकुलम का नाम

Barunvir Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बंडोल आवासीय पता  
Village Jula Chaur, Teh. Mahavan, Thana Baldeo,  
Baldeo, Agra, Uttar Pradesh, India, Pincode 281301  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पताPost office  
(0602) Chandravati

Same as above

OCCUPATION:

बदलाव

Home Maker

MARRIED (जिवालि) / UNMARRIED (अजिवाहिल)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल आर्थिक आय

52000/- (Family)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष लेखन)

NA

PAN No. मध्ये दिला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आय कार दाता है (जो माल्य हो उस पर सही का विशेष 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 सम्बन्ध
1.	Omveen Singh	74	M	Husband
2.	Kamver	33	M	Son
3.	Ragini	35	F	Daughter-in-Law
4.	Rahit	10	M	Grand Son
5.	Abhishek	7	M	---

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विभिन्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (इमान पत्र की जागा दी जाए संतुष्ट हो)	अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जागा प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जागा प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज विवरण सूची संलग्न
	RE - Semile Cataract
	LE - P.P.
	Surgery - RE STCST PMMA

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 लोगई सहायता राशी
1.	DRCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन के द्वारा दिया गया घोषणा पत्र:

- 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 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 फॉर्म में दिये गए सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य या जाता है तो मेरे सहायता वितरण की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा दी सहायता का "कोशिका फाउंडेशन", से लो जा रही है, उसके उपर्योग उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवरण जापाने, जो इस प्रकार में आ गए हैं।
- 3) मैं पुर्ण करता हूं कि इस सहायता के बारे में कोई भी विवरण या उसका विस्तार जिसमें अन्य द्वारा नियोजित/धीमा कार्यकीय से न तो लिया है और न ही अधिकारी द्वारा लिया गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन द्वारा कराया)

- 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 प्रकार या अप्लिकेशन के अंगठे और छाप लगाकर, मैं (अप्लिकेशन) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत कारबल हूं कि पैरों या, नाम, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य में द्वारा शिखियां और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण में इनकाव के बाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस यात्रा से सहायता हूं कि मेरों नाम, नाम, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों में प्राप्ति है युक्त रूप से सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का विर्यप अधिकृत और जाप्यकारी होगा।

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

अप्लिकेशन के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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:

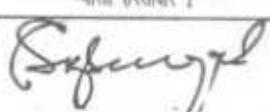
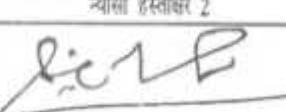
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को जो से याप्ती/धीमा को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता देते विवरण को जाता है, विसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से जन्म व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जटिलान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा से डक्टर रोगी/मामले में लौंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय वित्तीय डक्टर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरम देते कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाश अधिकृत/काल देते मनवु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजान से सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट काह जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरम डक्टर रोगी/मामले देते किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली एवं सहायता के बाले वित्तीय द्रूढ़ता की है: रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई समझ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनौत रोगी एवं हस्ताक्षर जो भी वा विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इच्छा नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में लौंगी के इताज बुराक और जाने जाने की सारी विवरण जो अस्पताल को होंगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या विपरीती इस यात्रा में नहीं होगी।

<b>Dr. TANUJ GABA</b> <b>M.B.B.S., DNB</b> <b>OMC-76487</b> <b>Date</b> _____		<b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b> स्वीकारी के लिए संस्तुति	 <b>Administrator</b> (Name, Designation & Stamp of Recommended Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
<b>Date of Surgery</b> अप्लिकेशन की तारीख <b>07/09/22</b>	<b>Time</b> _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रीजन. नं.	<b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b> अन्तर्राज उपयोग हेतु	

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> नामी हस्ताक्षर 1 	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> नामी हस्ताक्षर 2 
--	--