

VAN - C-23-07-1411

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: V/07/23/10642

APPLICATION DATE: 26/07/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Subodh Kumar Mishra
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
56SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Surya Pal Mishra
पिता/काकुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बहिमन ड्यूलीय पत्ता

2293, Sector 7, Avas Vikas colony,
S. Kamla, Agora, Agora, Distt. Agra, U.P. 282002
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासस्थान पत्ता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

OCCUPATION:
बदलाव

Labour

MARRIED (जिवाली) / UNMARRIED (अजिवाली)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

H+000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का संक्षय संलग्न)

NA

PAN No. स्ट्राई ग्राहा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो तभ पर जही का नियन्त्रण लगाये)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.	Raykumar	51	F	Wife
2.	Santosh	22	M	Son
3.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाशित आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्राप्त संलग्न करें)	ज्वल आव वर्ग इमार पत्र (ज्वल आव वर्ग को छाप इति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्राप्त संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर द्वारा जारी की गई फार्मेसी या सूची संलग्न		
	RE - Cataract		
	LE - Cataract		
	Swing eye - RE - SICS + PMMA		

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 लोट एवं सहायता राशि
1.	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषित जरूरी:

- 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.
- 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 of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- वे प्राप्ति करता है कि इस प्राप्ति मेरे सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कामन असत्य लगता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे हाथ जो सहायता की "कोलिका फाउंडेशन", से ली गयी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पुरी किसी विवरण या कामन के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दर्शाया गया है।
- वे पूर्ण करता है कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस उपयोग का अनिवार्य या सकारात्मक अन्य द्वारा/विविध विधियों द्वारा कामयात्री से न गो लिया है और वही भविष्य में रही।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक द्वारा कराया)

- 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.
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति को अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी जहानी को पूर्ण करता हूँ कि "कोलिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, अंगूठे और जो विवरण उस प्राप्ति में दर्शाये गये हैं, उसे "कोलिका" लद्दन, न्यासी, दाता, जाहजारका तूमरे उद्देश्य में दुर्दृश्य गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ता वापरम् या प्रसारण करने के लिए अनिवार्य है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे हालात के बाहरी या बाहर में करने के लिए "कोलिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, अंगूठे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं हेतु स्वतः सहायता का हकारदार नहीं बनता। इस स्वयं या "कोलिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अद्वितीय और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हस्ताक्षर का अंगूठे का लियान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल 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:

- 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 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.

इसके अधिकृत, हस्पताल की ओर से नामांकितों को "कोलिका फाउंडेशन" में विविध सहायता हेतु स्वतंत्रता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) नियम प्रकार से याच व स्वीकार करते हैं।

1) यह जिसके लिये यहां पर्याप्त नहीं भविष्य में विविध सहायता कियो गया जाकराती संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/यात्रियों में स्वीकार की जा ली रखी है, जैसे कि हमने "कोलिका फाउंडेशन" में विकासित उक्त के स्वयं या "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है। यदि "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विकीर्त अस्पताल/साकाश हेतु मन्तु नहीं किया जाता है सो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजसेवा से सहायता संस्कार की जाती है। इस पूर्णता में स्वाप्त करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदान उक्त रोगी/यात्रियों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजसेवा से नहीं होती।

2. "कोलिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बारे में विविध प्रकृति की है: योगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सहायता या जिसे द्वारा उपचार/प्रक्रिया का प्रयोग योगी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इलाज चुराका और अन्य जाने की सभी किस्में योगी एवं हस्पताल को होती है। "कोलिका" को कोई भूमिका या विमेयता इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

DR. SIMRAT CHANDI

न्यासीकारी के लिए संस्कृति

Dr. SUFYAN DANISH

M.B.B.S, D.D.M.S, D.N.B.

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

नाम व दर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Time.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्पताल व ग्रिड. न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पताल 2