

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **S/0923/0692**

APPLICATION DATE **16-09-2023**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम
Mr Jaipal Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **73**
SEX लिंग: **M**



PASTE PHOTO HERE

**Pre OP Post OP
Jaipal Singh
(0692)**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम
Late Mr Anjun Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Jeewala, MUMADHOGA, A/C Jiwala, MUSA, MURAESHABAD, Sahamapur, UTTAR Pradesh, 207129

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

same as above

OCCUPATION: व्यवसाय: **LABOUR**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **50,000**

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

PAN No. स्वयं का PAN संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो माल्य हो उस पर सही का निशान लगावे):
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)	Ramshri	69	F	wife
(2)	Manoj	33	M	son
(3)	Rakesh	32	M	son
(4)	Rachna	50	F	daughter in law
(5)	Kalishna	23	M	grand son
(6)	sojshi	20	F	grand daughter

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - pseudophacic
	Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि


DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद करने की पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस परिसर का अधिक या संकलन किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 it's 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.
- 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.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दाता, सचकाता द्वारा उद्देश्य से इसी प्रतिनिधियों और उपचारक्रमों के लिये किसी भी प्रकार पाठ्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण परे इत्यादि के प्रचार या धार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान
 - P. Self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, इस्तेमाल को आर से प्राप्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकरण से मदद व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सत्कारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में लेने या ले लें हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय आशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सत्कारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी और सत्कारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के प्रत्या सुरक्षा और अपने ज्ञान को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पूर्णिक या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 16-09-2023	 Dr. NISHA YADAV Reg. No. -89373 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पते, 3	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
--	--	---



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	

भारत सरकार
 Government of India





जयपाल सिंह
 Jai Pal Singh
 जन्म तिथि / DOB : 01/01/1950
 पुरुष / Male



2123 7292 3187

आधार - आम आदमी का अधिकार

भारत सरकार
 Unique Identification Authority of India



पता:
 अरुण सिंह, जीवाला,
 मुरादनगर अलिग जिलाया मुस्त,
 मुजफ्फरबाद, सहरानपुर, उत्तर प्रदेश,
 247129

Address:
 S/O: Arjun Singh, Jeevala,
 Muradnagar Aligarh Dist.,
 Muzaffarnabad, Saharanpur, Uttar
 Pradesh, 247129

2123 7292 3187

1947
 1800 300 1947

help@uaid.gov.in

www.uaid.gov.in

BOF 192/1094
 SK 1464