

VRN-C-22-10-0303



| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | | |
|---|--|---|---|---|
| APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : | V/1022/0800 | APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: | | |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: | Ashok | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 59 SEX लिंग: M | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कर्तव्य का नाम: | Mitatalal | PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: 1, Mayur Vihar, Phalicon, Distt. Mathura, U.P. 281001 | | |
| | | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता: Same as above | | |
| OCCUPATION: व्यवसाय: | Laborer | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष सलग): NA | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: | 40000/- | | | |
| PAN No. स्थाई स्वातंत्र्य संख्या: | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जब्या आप आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर महार का निशान 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 सम्बन्ध |
| 1. | Sushant | 57 | M | Husband |
| 2. | Sangeeta | 29 | M | Son |
| 3. | Kalpana | 26 | F | Daughter-in-Law |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार: | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महारता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य: | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रारिकेत्र सूची संलग्न RE - Semile Cataract | | | |
| | LE - Semile Cataract | | | |
| | Surgery - RE SICST + 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 ली गई सहायता रकम | | |
| 1. | DBCS | 2000/- | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कथागत पर:

- 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 as 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 a 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 हूँ कि इस प्राप्ति मे लिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुमति साथ पास होते हैं। परे भीड़ के विवरण एवं वाचन असाध पाया जाता है तो मेरी सहायता प्रिया को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता जीवन "कोशिका फाउंडेशन", मे लोगों का होता है, उसका उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति मे भा जाया है।
- 3) मैं दृष्टि करता हूँ कि यिस सहायता का यह उद्देश्य को पूर्ण है, उस लिए का आवेदक या सहायता किसी अन्य स्रोत/प्रियोक्ता/दीया बनाती मे न हो लिया है और वह ही अधिक्षय मे लैगा।

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/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 प्राप्ति पर आवेदक हस्ताक्षर के अंतर्गत की जाप लगाकर, मे (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति मे योग्यता है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, यात्रा, याचना/या दूसरे उद्देश्य से नुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इमार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पासले या यात्रा मे बनाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से योग्यता है नुकी गति, सहायता का हासानार नहीं जनाता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवं उसके न्यासी का विषय अंतिम और बायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या झटक का निश्चल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से यामते/दौलते को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से याम्य व सर्वोक्तु करते हैं।

- 1) यह कि न तो जातामान और न ही भविष्य ने वित्तीय सहायता दिलाई और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थौत से उक्त रोगी/नामले मे लौगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय वित्तीय उपलब्ध मे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा सहायता दिलाई अधिकारकता हेतु मन्त्रालय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था का किसी भी अन्य सम्बन्ध मे सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण ये सम्बन्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा यह रोगी/नामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना चाहिए।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता अंतर्वाल वित्तीय प्रवृत्ति भी है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहायता या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का लुगाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर मे रोगी के इलाज सुधार और आपने ज्ञाने की सारे किम्बेकारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या किम्बेकारी इस मामले मे नहीं होगी।

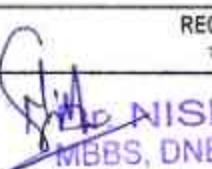
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery

अंपरेशन की तारीख

15/10/122


DR. NISHA YADAV
MBBS, DNB Ophthalmology
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 Date _____ Time _____



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

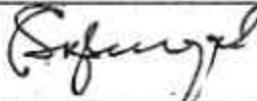
नाम के बाद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक द्वारा है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

