

VRN-C-22-10-0780

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1022/0833

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/10/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rajvir

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Rameharan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Udaybhon, Po. Sonai 281206, Udaipur, Jharkhand,
Mursam, Distt. Hathras, U.P. 204013

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Purcup Postop
(0833) Rajvir

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

28000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	Twari	58	F	Wife
2.	Mansingh	30	M	Son
3.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - (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 तो गई सहायता राशी
1.	DBCS	2000/-

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 liability 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 is requested by me.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति राशि "कोशिका फाउन्डेशन", में दी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहमति हेतु यह प्रारूप की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण विन्यास किसी अन्य संगठन/नियोजक/वीर्य कर्मचारी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अगले सहमतों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइटेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धारित है, उसे "कोशिका" एबम् न्यासी, राम, साचन/या द्वारा उद्देश्य में जुद्धों गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाइटेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से धारित है पूर्ण सत्य, सहायता का इकरार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एबम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवर्तक या हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



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 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकतम, इसकाभी की ओर से सम्मेलन की ओर "कार्यका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही भविष्य में संसदीय महापक्ष किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कोत से उद्भूत होगी/घामालों में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से सिकरिशा/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष विनित आर्थिक/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो असमतल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमतल द्वितीय मदर उक्त होगी/घामालों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाउन्डेशन" से ली गई सहायक कोशिका विविध प्रकृति की है। रंगों पर हममताल द्वारा दी गई सलाह या बिन्दु गंध उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हममताल के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हममताल में रंगों को इलाज/सुख और उनके हाथ की सारी जिम्मेदारी होगी एवं हममताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सभ्यता में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Administrator

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/10/22

DR. NISHA YADAV
MBBS, DNB Ophthalmology
Reg. No. 89373
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Date: _____ Time: _____

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासी इस्ताफ़ा ।

Defunct

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्ताखर 2

2028