


| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) | | सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल) | | Koshika foundation Building block of life | |
|---|---|---|----------------|---|--|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 51102310854 | | APPLICATION DATE 26-10-2023 आवेदन तिथि | | | |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MRS SHIMLA | | AGE-YEARS आयु-वर्ष 83 | SEX लिंग F |  PASTE PHOTO HERE PHEOP Pastor SHIMLA (0854) | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम LAL MEH DHOJAN PAL | | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता KHERA AEGAN, Bhumi Bahg, Sahayonpur, UTTAR PRADESH 247340 | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above | | | | | |
| OCCUPATION : व्यवसाय Home MAKER | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 50,000 (Family Income) | | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA | | | |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या NA | | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ) | | Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 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) | KULDEEP | 55 | M | SON | |
| (2) | VIKAS | 52 | M | SON | |
| (3) | REKHA | 50 | F | DAUGHTER IN LAW | |
| (4) | SEEMA | 48 | F | DAUGHTER IN LAW | |
| (5) | RAJAY | 25 | M | GRAND SON | |
| (6) | ABHAY | 20 | M | GRAND SON | |
| (7) | SHIVAM | 19 | M | GRAND SON | |
| (8) | ALOKH | 17 | F | GRAND SON | |
| (9) | BINDUJO | 12 | F | GRAND DAUGHTER | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार | | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनती का उद्देश्य: | | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न | | | |
| | | Diagnosis - RF - SENILE CATARACT LE - PSEUDOPHACIC | | | |
| | | SURGERY - RF - SICL WITH PLYMA | | | |
| 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 ती गई सहायता राशि | |
| | | | | | |
| | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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, if any, 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धारा पत्र है।
- 3) मैं यืนยัน करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या सबल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, एन. याचनाएँ हमारे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और वृत्तसभियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीय अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का चित्रण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तागत 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 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.

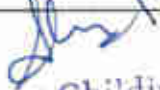


हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिशों को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उभार ली/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वाद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आशिक/सबल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है या अस्मत्तल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस यष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मत्तल द्वितीय मरर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेंगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी 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 को इलाज सुक्ष और जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26-10-2023</p> | <p> Dr. Sandeep Ghildiyal (Name of Dr. & Reg. No. & Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> | <p> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>  |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|---|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> |
|  |  |

Anand Ruchi

भारत सरकार
Government of India

नाम
अनंद रूचि
आयुष्य विभाग (AUS) का
पंजीकृत सदस्य



2575 0160 1329

मेरा आयुष्य, मेरी पहचान

भारत सरकार
भारतीय पहचान प्राधिकरण
Indian Identification Authority of India

नाम
अनंद रूचि
आयुष्य विभाग (AUS) का
पंजीकृत सदस्य 257501601329

Address:
AUS, District and State Affairs, New Delhi,
Delhi-110002, India



2575 0160 1329

