

VA.N-C-23-10-0985

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 2/1023/1115
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/10/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bahadur
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 49
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Panna
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chauhal wala mohalla, Sihora, Sihora,
Sihora, Dist- Mathura, U.P. 281305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Postop

OCCUPATION: Labour
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 8000/-
कुल वार्षिक आय

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

NA

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / No
हाँ / नहीं

No

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.	Sahani	46	F	Wife
2.	Dharmendra	22	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 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 लगी गई सहायता राशी
1.	D.B.C.S	2000/-

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अज्ञान या भाव जाहल है तो मेरी सहायता किरान को ख खकती है।
- 2) मैं इस खे सहायता खति "कोशिका फाउंडेशन", से ली ख रती हूँ, उमका उपयोग उमो उदेश्य को पूर्ति के लिये किया खयेंगा, खे इस प्रकरण में खया गया है।
- 3) मैं युक्ति करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह उर्थेय खो गई है, उम खति खो अतिरिक्त ख सकत दिसस किमो अन्य ग्रोव/निधेयक/बीमा कम्पनी से न लो 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 उपर ख अपने हस्ताक्षर ख अंगुठे खो छाप सहाकर, मैं (आवेदक) अपने महामति को युक्ति करता हूँ एम "कोशिका फाउंडेशन और उमके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, खता, खोटो और खो विवरण उम प्रख में खोला है, उम "कोशिका" एम न्यासी, दान, खयत/ख दुसरे उर्थेय से जुडी गतिविधिये और उपलब्धिये के लिये किमो भी प्रखर माध्यम से प्रसारीत करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रखर खो विवरण खे इतक खे खलने खो खर में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" ख न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस खता से सहमत हूँ कि मेरा नाम, खता, खोटो और विवरण खो कि सहायता के उर्थेयों से प्रसारीत है खुले स्वतः, सहायता खो हकदार नहीं खनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम उमके न्यासीयों खो निर्णय अंतिम और खायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर ख अंगुठे खो छापना



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 अधिभूत, हस्ताक्षर खो और से मायले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विस प्रकरण से खान्य ख स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न लो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किमो गैर सरकारी संस्थान ख किमो अन्य स्वतो से उक्त रोगी/खामले में लेंगे ख लें खे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनीति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा खरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनीति अतिरिक्त/सकत हेतु खनुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किमो अन्य गैर सरकारी संस्था ख किमो अन्य समरथन से सहायता लेने खो अधिकार सुरक्षित रखता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भदर उक्त रोगी/खामले हेतु किमो गैर सरकारी संस्था ख किमो अन्य साधन से नहीं लेंगा/लेंगी।
- 2- "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कंपल वित्तीय प्रकृति खो है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ली गई सहायता खो खिये गये उपचार/प्रक्रिया खो खुदल रोगी/खामले के खोच खो विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किमो प्रकार खो कोई दखन नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हलाक खुरा और अपने खोच खो विषय में ली गई सहायता खो एवं हस्पताल खो छोणे और "कोशिका" को कोई धूमिका खो जिम्मेदारी इस खामले में नहीं छोणे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
19/10/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिभूत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]