

VAN-C-24-02-1848

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: V/0224/1720
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 26/02/24
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Bhuri
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Subash
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Thakur Bhamra, Paigah, Paigah,

Dist. Mathura, U.P. 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

56000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं का/का सहेला

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

हां / 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.	Raghubir	70	M	Husband
2.	Saraj	34	M	Son
3.	Vidhya	30	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 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 + P.M.MA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)**

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राथित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

2. "कोशिका फाटने" से तो गई सहायता केवल विलय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तमाला द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तमाला के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तमाला में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने अपने कीर्तनी विम्वेदनी रोगी एवं हस्तमाला की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विम्वेदनी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

27/02/24

DR. PRAVEEN SEN
MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY
Reg. No. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Time.....

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

नाम व पद हस्तताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

Erklärung

2028