

27/08/0047

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/0817/0243

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

09/8/17

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ramveer

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

S/o - Shyam Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VMI - Bijahat Po - Bhabani Pura
Dist - Mathura, up 201204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pretak Postop

(0243) Ramveer

OCCUPATION:
व्यवसाय

farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

20000/-

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

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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	Mihaldevi	40	F	Wife
2	Kishan?	23	M	Son
3	Kaksh	21	M	Son
4	Neeraj	18	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) सटीसी कार्ड के प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ 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 - PSEUDOPHAKIA
	LE - HMSC
	Surgery - LE STEEL WITH GEL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन को मुझे केवल उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करने के लिए प्राप्त है, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस धन को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 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 फॉर्म पर मेरे हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप से कहीं भी प्रकाशित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस बात की सहमति के बिना मैं अपने या अपने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से धन ले नहीं सकता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि फाउन्डेशन के ट्रस्टी के अधिकार हैं, उन्हें स्वतः प्रकाशित या प्रकाशित नहीं किया जायेगा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- 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.

- हमारे अधिकृत, इसमें नीचे की ओर से सहायता के लिए सिफारिश करने वाले हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वही धन ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने धन को किसी अन्य स्रोत से पूरक करने की आवश्यकता होगी। हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हमारा निर्णय, जो कि हमारा धन लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हमारा निर्णय, जो कि हमारा धन लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से हमें कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारा द्वारा दी गई सहायता या किसी भी अन्य स्रोत/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हमारा मेरी वीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा धन लेने का अधिकार सुनिश्चित करने की सही जिम्मेदारी मेरी एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/6/12	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 65028 Temp. Reg. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---