

C1M08/0067

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/081M0266

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/08/017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Anar Devi

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

SEX लिंग

55

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Nabab Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VIII - nagla Koyal Khera, Post-Raya, Dis-
Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. साईं खात संख्या

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

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 संबंध
1.	Shucharan		M	Husband Late
2.	Pharamveer	20	M	Son
3.	Sukhveer	22	M	Son
4.	Alamta	10	F	Daughter
5.	Manju	33	F	Daughter
6.	Rishi	18	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतार प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWSS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतार प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की कतार प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - P.P
	LE - TMSE
	Surgery - (LE) Phaco with IOL

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 सी गई सहायता धरती
1	SCFH	



Preop Postop

(0266) Anar Devi

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 पर कबल यह कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उम्मीद के अनुसार ही पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं किसी सहायता हेतु न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लिये जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबल)

- 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/post-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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाईं की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, सार्वजनिक दूरदर्शन से जुड़ी टीवी/रेडियो और प्रसारणों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी द्वारा जो सहायता मेरी इच्छा के अनुसार माग की जा रही है, उसे "कोशिका फाउण्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन है, सुदूर भविष्य में सहायता का इच्छा रखी कबल इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रसारित भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाईं की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबल)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

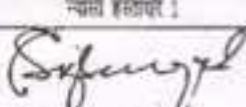
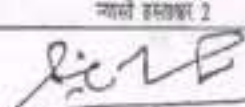
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए या लगे रहें हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की है, जिससे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि सहायता हेतु सिफारिश केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया का निर्णय हमारे और हमारे रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया का निर्णय हमारे और हमारे रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया का निर्णय हमारे और हमारे रोगी के बीच का निर्णय है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/08/17	 Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 00028 Time (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर व टाइम	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 
---	--