

C17/08/0089

FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

V/0817/0279

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/08/17

NAME OF APPLICANT:

आवेदक

Vijendra Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

Shen Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VPII - Nudalainiya, Khasia, Dist - Mithun, N.P., 201004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. संपूर्ण खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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 संबंध
1	Kashaliya	50	F	Wife
2	Ram V	30	M	Son
3	Talwant	25	M	Son
4	Vijay Rani	21	F	Daughter
	V. Vinod	17	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु आवेदन पत्र के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EW'S Certificate (Attach Certificate Copy) आय-आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (उपभोग पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे मदद चाहिए:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/सुझाव सूची संलग्न
	RT - TMSC
	LT - TMSC
	Surgery - Phaco with IOL (L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

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

PROOF OF RESIDENCE
Pratap Astor

(0279) Vijendra Singh

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 मेरे ज्ञानकी सीमा तक सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य व सच न माना जाय तो उसे मेरी गारंटी निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मंगल किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कटार हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में, अपने उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/post-up/produce 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 fulfilment 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 this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रसारित करें, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, पत्रिका/चित्र, इत्यादि माध्यमों से संचारित करें और/या जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण के बाद भी जारी रहेगा कि "कोशिका फाउन्डेशन" ने इसकी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण के बाद भी जारी रहेगा कि "कोशिका" द्वारा जारी किया जायेगा और/या जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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.

हस्ताक्षर करके, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले कोशिका फाउन्डेशन के लिए सिफारिश करने वाले हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने वाले हैं, यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं।

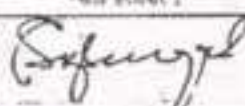
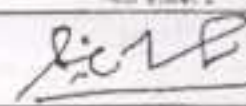
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से हमें कोई वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने का पूर्ण अधिकार है, जो हमारे अभाव को पूरा करने के लिए है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश की गई सहायता को हमारे अभाव को पूरा करने के लिए है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने का पूर्ण अधिकार है, जो हमारे अभाव को पूरा करने के लिए है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश की गई सहायता को हमारे अभाव को पूरा करने के लिए है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/08/17	 Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg No. 65028 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ मुहर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी 
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

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