

C18/02/0281

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/318/0864

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/09/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Baby Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Sp Narayan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Badahari, Khand, Po - Nagla Katila

Distt - Kaushambi, Up. 207123

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op

Post op

(0864) Baby Ram

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सॉफ्ट कोपी संलग्न

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

है / 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 सम्बंध
1	Bamun Singh	68	F	wife
2	Shyam	40	M	son
3	Anjan	35	M	son
4	Ravi	30	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये वित्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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 विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुद्धी संलग्न
	RE - FP
	LE - TMS
	Surgery - (LE) SACS with H.N.A.

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 सी गई सहायता राशि
	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा करने के लिए)

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 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 it 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 for which this assistance is requested.

4) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में मिले गये सभी वित्तियन सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

5) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

6) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करने के लिए)

7) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 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.

8) 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.

9) इस प्रकरण में मैंने इस सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

10) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने इस सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

11) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने इस सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करने के लिए)

By affixing her/his/their 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 अतिरिक्त, हम यहाँ पर बताना हूँ कि हमने इस सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

4) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने इस सहायता के अमुक्त प्रयोग एवं प्रयोग के लिए कोई रिफंडेशन एवं कम्पन आउटपुट प्राप्त नहीं है। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए जो उद्देश्य बताया है, उसे ही मैंने प्रयोग किया है, जो उद्देश्य प्रकरण में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/03/2018

Dr. Nikhat Anjum
MBBS MS, Ophthalmology
Reg. No. 63137

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

DATE

[Signature]

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

नाम व पर हस्ताक्षर अतिरिक्त अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]