

C18/12/0189

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0893

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

10/12/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Saudan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Shivarman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Nagla Madani, Bikaner

Dist- Hanuman, U.P. - 201302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

Same as above



PATE PHOTOGRAPH

Preop Postop

(0893) Saudan Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. प्राप्त होगा संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर तिकी 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 से संबंध का प्रकार
1.	Premwati	late	F	Wife
2.	Pamavanshi	38	M	Son
3.	Raghunay	34	M	Son
4.	Pooja	31	F	Daughter
5.	Pooja	26	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी अवत

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे यह निशु की आवश्यकता:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	RE - IMAC
2.	LE - IMAC
3.	Surgery - (RE) SCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

DECLARATION by APPLICANT: માર્ગદર્શક દ્વારા સંતોષ થયેલ છે.

- 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 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर गलत साबित होता है तो मेरी सहायता विनाश की जा सकेगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी दूसरे स्रोत या प्रमाण पत्र के माध्यम से, इस सहायता का पूरा या आंशिक रूप से वापस प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 100 WFO)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मोठे छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सामग्री को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीज" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विषय इस प्रश्न में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा मंचाने, सार, सम्बन्धित दृश्य उत्प्रेरण से सुदीर्घावधिकारीय और उपस्थितिओं से तैयार किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने से निरा अधिव्यक्त है। ये प्रश्न का विवरण की तुलना के पत्रों या कर न करने से निम्न "कोशिका फाउंडेशन" व त्यागी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को बिना साक्षात से परीक्षण के प्रेषित है मुझे स्पष्ट: साक्षात का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके सदस्यों का निर्देश दिया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

... e ...

4
सादा ज कि ह

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट ऑफ हॉस्पिटल)

- 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकतम, हमारी ओर से या हमारे-द्वारा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हमारा/हमारे) सिंगल पक्ष के रूप में स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही कोशिका में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की दोहराव या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पाने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अधिकार/अधिकार हेतु अनुमति नहीं मिल पाता है तो हमारा किसी अन्य से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उठा लेने/पाने हेतु किसी भी प्रकार की दोहराव या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले पाएंगे।
 2. 'कोशिका फाउन्डेशन' से ही यह सहायता प्राप्त वित्त प्रकृति की है। हमारे पर हमारा/हमारे द्वारा से यह स्पष्ट न किने सारे उपचार/चिकित्सा का शुल्क हमारे ही हैं। हमारा/हमारे का ध्यान था कि हमारे और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई पक्ष नहीं है। इसीलिए हमारा/हमारे में हमारे ही शुल्क सुरक्षित और हमारे जाने की जाती सिफारिश की जाती है।
- की हमारे और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सिफारिश इस प्रकार से नहीं होती।
- Shree's Eye Care**

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

पञ्चीकृतो श्री विष्णु संभवः

Dr. Ashwini Kumar

MERSUS.FICO

Rep. No. 60304

1000

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

THESE TWO FACTS ARE RELEVANT TO THE

(Name, Designation & Stamp of Physician
on behalf of Hospital)

नाम व पद प्रमाणित अधिकारी अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्येक वचनेन हि॥

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संज्ञा संकेतः १

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

આથી કમ્પાઉન્ડ ૨

lieve