

C18/12/0230

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

V/1218/0923

APPLICATION DATE :

12/12/018

NAME of APPLICANT :

Balveer Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

S/O Beni Singh

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Umra, Dharampur

Dist- Bulandshahr, U.P.-202393.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above.

OCCUPATION :

Farmer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

2150/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. : स्थायी आय कर संख्या

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

Yes / No

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

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.	Neeta	66	F	Wife
2.	Buddhason	38	M	Son
3.	Hanpal	35	M	Son
4.	Sonu prakash	33	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर के जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न
	RE - TMAC
	LE - TMAC
	Surgery - (LE) Siles + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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, 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा सत्य नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र भी खारिज हो सकेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस प्रपत्र में बताये गये, जो इस प्रपत्र में बताये गये हैं।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने आगे कोई भी सहायता, पूर्ण या अंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/advertise/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकार की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, दूर, दूरदर्शन, दूर, दूरदर्शन से कुछ पत्रिकाओं और पत्रिकाओं के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने में इस्तेमाल करने में सक्षम हूँ। मैं इस बात का विचार नहीं करता हूँ कि मैंने या मैंने करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद नहीं ली है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउण्डेशन के ट्रस्टियों से प्रेषित है और वे, फाउण्डेशन का इस्तेमाल कर सकते हैं। इस मामले में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)**

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ स्वीकार करने वाले "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि हम अभी भी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित करने के समर्थ में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंशिक/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है, तो हमारा अधिकार है कि हम किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखें। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय है।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही प्रदान करेंगे कि हमने अपने रोगी/रोगी का चुनाव करने पर हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और अपने करने की पूरी जिम्मेदारी को रोगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार करने के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	DR. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028 Time
13/12/018	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पं. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
रोग से जो हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक द्वारा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक द्वारा 2