

C19/03/0358

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

C10919/0133

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

18.09.2019

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Jalekha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

W/o Nisam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Post office Kambhaura, Lalcepur
Block Kambhaura Dist Saharanpur
Uttar Pradesh 247131

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above

Pre op Post op
Jalekha 0133OCCUPATION:
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

56,000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 सम्बन्ध
(1)	Nisam	60	m	Husband
(2)	Trishad	32	m	Son
(3)	Muskan	30	m	Son
(4)	Atam	38	m	Son
(5)	Sham	35	m	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा को 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 साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RF - Marginal cataract LE -
(2)	Diagnosis - RE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहमति निम्न की है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन पत्र "कोशिका फाउंडेशन", से लेती या ले रहा हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष की गई है, उस प्रति का अधिक या बहुत विरासत किसी अन्य प्रोडक्टिविटी/योग्य कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा न्यासीय, चर, सचिव/सचिव द्वारा उद्देश्य से प्रेषित गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किया भी प्रसारण करने से प्रसन्न करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पुष्टि स्वीकार: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक कोशिका फाउंडेशन का नाम

 AH
Sury

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 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, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से नाम व अधिकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही कोशिका में वित्तीय सहायता किसी भी मामले/रोगी के मामले में कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष प्रस्ताव को नाम के "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य को सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त प्रस्ताव को कोशिका फाउंडेशन को किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता किसे गले उपाय/प्रक्रिया का चुनाव छोड़ें एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के प्रस्ताव प्रत्यक्ष और आगे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई चुनौती या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

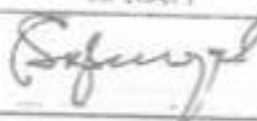
Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
18.09.2019

DR. ANUJ DUBEY (S)
DR. Anuj Dubey
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

VIVEK RANA
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
रोग व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

