

C19/09/0348

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C/0919/0144

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18.09.2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Pooran Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

76

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ताक्षर का नाम

Mukund Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Rakhali Post Sakhali  
Racham Sakhali Block Distt - Sahasrabudhi  
Office Pradhani 847191

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above

Pre op Postop  
Pooran Singh 0144

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65,000

PAN No. स्थाई खात संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाये)

Yes / हाँ

No / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| (1)                    | Shri Kishan Singh                                 | 70                         | F              | Wife                                            |
| (2)                    | Satish Kumar                                      | 40                         | M              | Son                                             |
| (3)                    | Satish Kumar                                      | 28                         | M              | Son                                             |
| (4)                    | Ramkishan                                         | 31                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधारBPL Card  
(Attach Card Copy)  
गरीबी रेखा 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)Aadhar Card  
(Attach Copy)  
संपर्कता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई साक्ष्य"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिये गये विनती का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्नSr. No.  
क्रम संख्या

(1)

Diagnosis - RE - MSC  
LE - MSC

(2)

Surgery - RE SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?Sr. No.  
क्रम संख्या

(1)

NAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नाम

SCGM

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED  
सी गई सहायता राशी



**DECLARATION by APPLICANT:** ☐ **সত্য** ☐ **মিথ্যা**

- 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमान जायाय जाय कहते हैं तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से ही कह रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में सत किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस उद्देश्य का समर्थन या समक विराम किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।
- AGREEMENT & ACKNOWLEDGEMENT

AGREEMENT by APPLICANT (सहस्रकृति प्रमाण)

- 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अपेक्षक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् व्यापी, दान, वाचनायक द्वारा उद्देश्य से सुदी परिचिति एवं उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या बद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व व्यापी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्रेषित है उसे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास है इसका मतलब यह है कि आप

 $RH_{selg}$ 

AGREEMENT by HOSPITAL (अनुमति दी गई है)

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 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.

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सर्वीकृती को लिप् संरक्षति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

अभिनेता की शक्ति

18.09.2019

Dr. ANAND DUBEY (MS)

DR. Arun Debey

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

डायर का नाम व हस्ताक्षर व मिति, व

VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)  
Dr. Shroff's Clinic on behalf of Hospital

Dr. Shrofi's Chair and the  
on behalf of Hospital

नाम (किं किं हेतुवशात्) अधिष्ठाता अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपसे हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसौ हस्ताधार ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संख्या ३

Self