

VRN-C66L

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0723

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

31/10/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Bharat Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

71

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहस्र का नाम

S/o Vishwanath

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bharat Singh, Jugalama

Distt - Mathura - D.P. - 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre op Post op
(0723) Bharat Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पता है (जो मॉडल हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
(1)	Kamla Devi	68	F	Wife
(2)	Chander Singh	43	M	Son
(3)	Vishwanath	41	M	Son
(4)	Bharat Singh	39	M	Son
(5)	Jugendar	35	M	Son
(6)	Jay Chand	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मंजूर किया जा रहा है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - P.P
	LE - TMSC
	Surgery - STS + IOL (RE)

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 कितनी सहायता मिली
1-	SCHE	

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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में विवेच्य की सभी विवरणों में सत्यता एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जाएगा।
- (2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस राशि को भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लूंगा और भविष्य में भी नहीं लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 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 प्रकरण में मेरे द्वारा मांगे गए राशि का उपयोग, मैं (आवेदक) अपनी सहमति के साथ करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के लिए उपयोग करेंगे, जो "कोशिका फाउंडेशन" के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। इस उपयोग के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी मेरे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों द्वारा किया जाएगा, जो मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी मेरे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे हस्ताक्षर की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- (1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए किसी अन्य स्रोत से उठा रहे होंगे, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने रोगी के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम स्वीकार करते हैं कि हमारे रोगी के लिए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा रोगी के उपचार सुरक्षित और उनके सारे अधिकारों का सम्मान होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/11/19

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No.-58417

Sign (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

नाम व पद, हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक हस्ताक्षर 2

[Signature]