

VRN - C.587

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

VRN/0733

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/11/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vijendra Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

56

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Khushi Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Purhi, Gadhni, Maharan

Distt - Mathura, U.P. 281304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाथ हो उस पर सही का निशान लगावे)

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)	Rama Devi	55	F	Wife
(2)	Hari Lal Singh	30	M	SON
(3)	Hari Anand	29	M	SON
(4)	Hari OM	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof किसी और साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) STICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो नई सहायता राशी
1-	SCHE	



Preop Postop
(0733) Vijendra Singh

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातकर द्वारा घोषणा पर:

- 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, if any, 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कहीं विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायक वित्त को न मिलेगी है।
- 2) मैं इस ओर अवगत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी लीजा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकाल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अवेदक) अपनी छवि की प्रुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एनएम, एन, मानवता एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों को वित्तवित्तियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। ये प्रपत्र का प्रसारण करे हलबब से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इकट्ठा नहीं बनना। इस संबंध में "कोशिका" एनएम अपने न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

वि. अ. अ. अ. अ. अ.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, धिये इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उद्धर होगी/प्राप्ति में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना उठा के सहाय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/नकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाय है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उद्धर होगी/प्राप्ति हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगी/प्राप्ति।
- 2 "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार द्वारा ही नई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा/होना चाहिए। कोशिका फाउन्डेशन के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हलबब सुरक्षा और अपने बने हुए सभी नियमों की पूर्णतः ज़िम्मेदारी को ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीखDr. Pooja Agrawal
MCINo-53417

04/11/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम हस्ताक्षर 2

Safarpur