

VRN-C 784

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0743

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shila

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

SEX लिंग

61

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

D/o Pathi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vaaspu, Tareapur

Distt - Aligarh

U. P.

202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं प्रमाण संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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)	Shila	61	M	Husband
(2)	Rakesh	36	M	SON
(3)	Neha	33	M	SON
(4)	Bhaskar	30	M	SON
(5)	Sandip	27	M	SON
(6)	Sumita	25	F	Daughter
(7)	Gurdeep	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) शहरी आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दरभारिता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
	RE - Total Senile Cataract
	LE - Total Senile Cataract
	Surgery - (LE) STICS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 ली गई सहायता राशि
1	SCCH	



Pre op Post op

(0743) Shila

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा कर)

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन अथवा गलत जानकारी दी जायेगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- (3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं करूँगा और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने ज्ञानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित किया जायेगा, जिससे दानदाताओं को सहायता के लिए जानकारी दी जायेगी।
- (2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए प्रेषित हैं, उनसे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपस्थित होने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

(1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं लेते हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अर्शेक के लिए सहायता के लिए प्रेषित है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अस्वीकृत होती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के लिए प्रेषित होने वाले सभी दस्तावेजों को हमारे पास ही रखा जायेगा।

(2) "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तक्षेप द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे बीच की बातचीत और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये गये प्रचार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुझा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का भुगतान नहीं करेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षरों के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 6/11/19	Dr. PRIYA AGRAWAL Regn. No. 58417 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 <i>Safarpur</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 <i>...</i>
--	---