

SRE-C-19-12-1008

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0130/0332

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 01.01.2020

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम

Munshi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

46

SEX लिंग

F

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

Yashpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Nigouli Post - Sahauranpur
Taluk - Sahauranpur District - Sahauranpur
Sahauranpur District - Sahauranpur
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above

Pre op Postop
0332 Munshi

OCCUPATION: व्यवसाय

House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

55,000

(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 सही का निशान लगायें)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 सम्बंध
(1)	Yashpal	50	M	Husband
(2)	Ravi	16	M	Son
(3)	Ruby	13	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) करीबी 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)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

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

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 राशी
(1)	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: अर्थक दाए पोताए पर:

- AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करा)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

1) यह कि न तो अंतर्धान और न ही अविषय में विवेचन सहजतः किसी और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्वतः से बना संगोष्ठात्मक में होना या तो चाह है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विमर्श वक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा कवर हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहजता विनिमय अविरत/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जात है तो अस्पष्टता किसी अन्य और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहजता लेने का अधिकतर सुरक्षित रहत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पष्टता द्वितीय मन्त्र वक्त संगोष्ठात्मक हेतु किसी और साक्ष्यी अविषय या किसी अन्य अधिन से नहीं लोपजाली।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. Anwar स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Monali Rathod (DNB)
DR. Monali Rathod

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

डॉक्टर का नाम न तस्ताख्त व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Vivek Rana
Administrator
Dussehra Charity Eye Hospital
(Gurgaon)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION : आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: []

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नाम संकेत 2

Self