

SRF-C-19-12-1003

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

C/0120/0334

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

1.01.2020

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jamila

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Sundam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village Chakurli, Post Sahasranpur,
Tehsil Sahasranpur, Distt Sahasranpur,
Uttar Pradesh 247451

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above



Pre op Post op
0334 Jamila

OCCUPATION :

व्यवसाय

House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

53,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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)	Sundam	55	M	Husband
(2)	Nashad	20	M	Son
(3)	Shafiq	18	M	Son
(4)	Sahbaz	15	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
(1)	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: अशोक दास गोमपा 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 KushiKa 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कल्पन बना वादा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग तभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त था।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अविलंब वा सकल हिसाब किसी अन्य प्राप्ति/विधवा/व्यापारी से न जो लिया है और न जो भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा उद्गृत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे की छाप लगाकर, मैं (अर्क्षक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, जो "कोशिका" एनएम न्यासीयों, दान, वाचना/वाच्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इराफे के तहत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रसारण के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अतिरिक्त के इस्तेमाल या संग्रह का विनाश

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इससे अतिरिक्त, इसका अर्थ है कि यह एक बहुत ही महत्वपूर्ण बात है।

1. यह कि न तो चर्चागत और न ही अविष्टा में विविध साहाय्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से ठीक ऐसी/जइसे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिखी उक्त के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साहाय्य निवर्त अतिरिक्त/सकल हेतु मग्युन नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परंतु उक्त ऐसी/जइसे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहाय से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई साहाय्य केवल शिथिल प्रकृति की है; ऐसी या इसप्रकार द्वारा ली गई सहाय्य या किसी गैर-हृत्पात/प्रक्रिया का मुनन ऐसी एवं इसप्रकार के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई नकार नहीं है। इसलिए हृत्पात में ऐसी के इलाज मुफ्त और अपने खर्चे की सभी जिम्मेदारी संगी एवं हृत्पात की होगी और "कोशिका" की कोई पुनिका या निम्नवर्ती इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

by Mamata व्यक्ति के लिए संस्था

VIVEK RANA

Administrator

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व उद्देश्य: इसका उद्देश्य है कि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेशन की वापस

1.01.2020

Dr. Monali Rathod (DNB)

DR. Monale Rathod

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर य एवं न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Exempt

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यसौ हस्ताभर २

here