

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **C1012010342**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **02.01.2020**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Sukhvir**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **71** SEX लिंग: **M**

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Village Salampur Bhukdi Post
Behat Tahsil Bahadur District
Sahamunpur Uttar Pradesh 247001
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:
Salampur

Preop Postop
0342 Sukhvir

OCCUPATION: व्यवसाय: **labour**

MARRIED (शिवहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **66,000**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): **N/A**

PAN No. स्थाई खाता संख्या: **N/A**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर सही का निराल लक्ष्य):
 Yes हाँ / No नहीं: No

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)	Sumita	60	F	wife
(2)	Vinod	35	M	son
(3)	Ranu	30	M	son
(4)	Kavita	25	F	Daughters

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - FMSC UG - IMSC
(2)	Surgery - RE - ICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायक किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन उल्लंघन पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किताब खरीदने, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 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.

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- 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.

- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, छात्र, प्राध्यापकों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निपटारा मेरे इलाज के पैसे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है उसे स्वतः सहायता पर हस्तक्षेप नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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:

- 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.
- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से संचालित करने की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से वक्त उपलब्धता के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उच्च के स्तर पर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अल्पकाल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि अल्पकाल वित्तीय मदद तथा उपलब्धता हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय उद्देश्य की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता किन्हीं गवर्नर/प्रक्रिया या चुनाव से ही एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इतिहास हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने अपने जो सारे विनिर्देशों से एवं हस्पताल को हानि और "कोशिका" को कोई धुंका या निम्नकारी इस मामले में नहीं होगा।

<p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE Dr. Gaurav Shrivastava Reg. MCI/10-37392 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>		<p>Dr. Nisha Rana Administrator Dr. Nisha's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02.01-2020</p>		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1 </p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2 </p>
---	---