

URN - C - 19-12-1181

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

U/0120/0967

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

07/01/20

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Saraswati

AGE-YEARS आयु वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुप का नाम

Lalaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pirothi, Khandauli

Distt. AGRA, U.P. 203126

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as Above

Pre op Post op
(0967) Saraswati

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

31000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खास संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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.	Ganpati	65	M	Husband
2.	Jyamnesh	37	M	Son
3.	Maresh	35	M	Son
4.	Sunesh	32	M	Son
5.	Kamlesh	30	F	Daughter
6.	Mithlesh	27	F	Daughter
7.	Ranikumari	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीसी कार्ड के नौचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृत का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि
1.	SCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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, if applicable 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 यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता एवं "वैधिका" कावश्यकता, तो ही जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में दया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वैधिका वा सफल होना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।
- 7) By affixing my signature or thumb impression, I agree to the above conditions.
- AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक का सहमति)

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कवर)

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 will not automatically constitute an endorsement of the product or service by me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्तक्षर या आंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके चारोंपक्षों" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, फोटों और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" एगम् न्यासी, इन, चपकलाह दूसरे उद्देश्य से मुझे गरिबीनिर्धारी और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रवर्तित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे हस्ताक्षर के पत्रों के बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि ये नाम, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता कर हस्तक्षर नहीं बनना। इस सम्बंध में "कोशिका" एगम् उसके न्यासियों का निर्णय अन्तिम और अक्षयकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक ने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बरार)

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 Koshika Foundation.

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, हस्ताक्षरों को जोर से पढ़ने/पढ़ने को "कॉशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता के लिए।

1) यह कि न तो बीरगंज और न ही अधिकांश विधि सहायक किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थापना से संबद्ध नहीं हैं।

मैं भिन्न-भिन्न विचारों और न ही अधिकांश में विविध सहायक किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त योग्यताओं में से कोई एक लेते हैं, जैसे कि हम "बैश्विक" विचार प्रसार को मान्यता दे सकते हैं।

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S M.S Ophthalmology
Rajd No - 00028

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

अपेक्षा की तारीख

150 - 400028

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

बाक्य का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ३