UKN-C-20-02-0049

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation

APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	UK0320/1179
APPLICATION DATE: आवेदन तिथी	10-02-20



Pre op Post op

(1179) Rishi Pal Singh

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Rishi pal Singh	72	M

FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम: Ganpati Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Kainal Road, Opp Sindhwana, Mungalwadwara
Distt- Kashipur, UK 262402

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता:
Same As Above

OCCUPATION : व्यवसाय: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय: 22000/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाये) 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 सम्बंध
1.	Ram Devi	68	F	Wife
2.	Sukhveer	45	M	Son
3.	Rajesh Devi	43	F	Daughter in law
4.	Sanjay	40	M	Son
5.	Bhuvan Devi	37	F	Daughter in law
6.	Mohan Singh	25	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ अति वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No क्र.सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन युक्त संलग्न
	RE- P.P
	LE- EMSC
	Surgery- (LE) SICS + IOL

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 ली गई सहायता राशि
1.	SCEH	

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 & request for assistance 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 प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस राशि हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

I by affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/sub-lic/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 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 प्रपत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) आपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीगण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" द्वारा चलाई, दान, चंदा/या दूसरे उद्देश्य से जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रचार माध्यम

के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है और इस प्रपत्र का विवरण और इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में अंकित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और शिरोधार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby confirm & 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 seeking to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. In 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. The confirmation essentially states that the Hospital will not avail same 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/discussed 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 on the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षरों की और से मरीज/रोगी के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न शर्तों से पालन व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बन्ध में 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल रूप मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रोसेस का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" इसे किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य आने वाली सभी जिम्मेदारी एवं/एवं दायित्व के होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Priya Agrawal
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 56417
Time..... Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर के नाम व रजिस्ट्रेशन व स्टैम्प

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
12-02-20

Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

30.12.2019