

URN-C-20-02-1014



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन आरूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षामल)

APPLICATION NO / आवेदन संख्या: **V10220/1192** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **17-02-20**

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: **Chav Singh** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **54** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **Ram Swaroop**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अवसथीय पता: **Nagla Bhanan, Post Jugadana, Nagla Bhanan, Jyotiba**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाय अवसथीय पता: **Sikri Mathuria, P.O. 281300**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाय अवसथीय पता: **Same as Above**

File of Postop
(1192) Chav Singh

OCCUPATION / व्यवसाय: **Shop Keeper** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **22000/-** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

PAN No. / स्वयं का PAN संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ): Yes / हाँ / No / 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 संबंध

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

EPL Card (Attach Card Copy) नदीवी रेश्ट्र के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जांच प्रति चलान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (उच्च आय वर्ग की जांच प्रति चलान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपभोग्य पत्र की जांच प्रति चलान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गए विवरणों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पुरवी संलग्न
	RE - IMSX
	LE - IMSX
	Surgery - (RE) SIGHTING

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य की 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 AWAILED / की गई सहायता राशि
	SCEN	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथना)

- 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 assets 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 declare 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 कथना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथना सच नहीं प्रमाण प्रस्तुत किया भी जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ से कथना करती "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ कथना करती हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post appropriate 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लेखित है, उसे "कॉशिका" एवम् अन्य, राज, सार्वजनिक दूरदर्शन या दूरदर्शन माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करके या अन्य माध्यमों से प्रसारित करके मेरी छवि और विवरण को प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रश्न में उल्लेखित "कॉशिका फाउन्डेशन" के नामों में प्रसारित है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारित करके उद्देश्यों को पूर्ण करने में सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" एवम् अन्य माध्यमों से प्रसारित किया और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथना)

- By affixing my name, signature of my Authorized 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 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 financial 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सन्तोषपूर्वक को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के माध्यम में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन स्वीकार/प्रकारित नहीं करता तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत/स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम यहाँ से स्पष्ट कर रहे हैं कि सहायता सिफारिश कर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगेगी।
 - 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृत को है, रोगी या रोगी के चिकित्सा के लिए कोई उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का फैसला है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। उपरोक्त सहायता में रोगी के इलाज/चिकित्सा को अपने कार्य को सही निर्णयों को एवं हमें सहायता को देनी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg No-58417

Date of Surgery
19-02-20

Reg No-58417
Date.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Signature)

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा कथना)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>