

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



Pre op Post op
 (1193) chitariya

APPLICATION No. / अर्शन संख्या: V/02/20/1193 APPLICATION DATE / अर्शन तिथि: 17/02/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Chitariya AGE/YEARS / आयु-वर्ष: 43 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Bardhabh Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता: Nagla Bharau, Post Jugasana, Nagla Bharau, Jugasana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता: DISEL - MATHAUSA, U.P. 201308

Same as Above

OCCUPATION / व्यवसाय: unemployed MARRIED (स्थिरित) / UNMARRIED (अस्थिरित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 1950/- (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण संलग्न): NA

PAN No. / पैन नंबर: Blank

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

| FAMILY DETAILS / परिवार का 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 |
| 1 | Leelja Devi | 50 | F | Wife |
| 2 | Sumit | 18 | M | Son |
| 3 | Ashok | 24 | M | Son |
| 4 | Shivi Devi | 25 | F | Daughter in Law |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
 सहायता के लिए विधि आधार

| | | | |
|--|---|---|---|
| BPL Card (Attach Card Copy) / परोसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु अथवा आय प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ जति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण |
|--|---|---|---|

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विवेकी 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) STCS + IOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
| 1 | SCFH | |

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & any other assistance (such as medical assistance) void.
 - I hereby confirm that assistance I received from Koshika Foundation will be exclusively for the purpose, as stated in this Form. (Use of such assistance was requested by me)
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of similar treatment, in part or in full, from any other source (such as insurance company, of the amount to which the assistance is requested).
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही व सत्य होने के लिये मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होता है तो सभी सहायता मिलने को या अस्वीकार की जाती है।
- 2) मैं इस को असाध्य रोग "कोशिका फाउण्डेशन", से ही प्राप्त कर रहा हूँ, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिये ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने मागत हुए पैसे प्राप्त करने के लिये, उन पैसे का असाध्य से असाध्य किसी अन्य सोर्सिबल/इन्सुरेंस/कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/advertise 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 a by 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दबाव करके, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और उसके नियोक्तों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य इस प्रकरण में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, फोटो/पता, अपने उद्देश्य से सुशी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का उद्देश्य मेरे उद्देश्य में पूरने या बदलने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से नामों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में घोषित हैं उन्हें असाध्य का हस्ताक्षर नहीं बनता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा अपने नियोक्तों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

By affixing hereunder signature of our 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 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 engagement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरों को जो हम संभवतः को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करी जायेगी, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमसे या किसी अन्य सोर्सिबल से उक्त रोगी/रोग के लिये की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिशों के लिये मागत है। "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जायेगी तो हमें उक्त रोगी/रोग के लिये असाध्य से असाध्य किसी अन्य सोर्सिबल से असाध्य से असाध्य सुविधा उपलब्ध कराने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि असाध्य से असाध्य उक्त रोगी/रोग के लिये किसी भी प्रकार से असाध्य से असाध्य सुविधा उपलब्ध कराने में हमें कोई भी सहायता नहीं मिलेगी।
- "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता मागत किया जायेगा, यदि सहायता नहीं दी जायेगी तो हमें उक्त रोगी/रोग के लिये असाध्य से असाध्य सुविधा उपलब्ध कराने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि असाध्य से असाध्य उक्त रोगी/रोग के लिये किसी भी प्रकार से असाध्य से असाध्य सुविधा उपलब्ध कराने में हमें कोई भी सहायता नहीं मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिये सिफारिश

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| Date of Surgery अपराधन की तिथि | Dr. Priya Agrawal | (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
| | M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No - 58417 Time..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व तिथि व | |



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतरिक उपयोग हेतु)

| | |
|---|---|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 |
|  |  |