

URN-C-20-02-1148

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: U/0220/1203 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 19-02-20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Katori AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 70 SEX / लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्याका नाम: Parashram



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Kat, Kat

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: PITHI - Bhasiarpur, Parashram, 321405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: SAME as Above

Pin code / पोस्ट कोड: (1203) Katori

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 28000/- (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 हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें): Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	<u>Manoj Kumar</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Hetam</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Vijaynath</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4	<u>Baldev</u>	<u>34</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5	<u>Ramavtar</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
6	<u>Rakha</u>	<u>40</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in Law</u>
7	<u>Sudhansu</u>	<u>38</u>	<u>F</u>	<u>" "</u>
8	<u>Manjy</u>	<u>27</u>	<u>F</u>	<u>" "</u>
9	<u>Rumali</u>	<u>24</u>	<u>F</u>	<u>" "</u>
10	<u>Jeetam</u>	<u>14</u>	<u>M</u>	<u>Grand Son</u>
11	<u>Sarav</u>	<u>09</u>	<u>M</u>	<u>" "</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / सीबीडी कार्ड का प्रमाण पत्र (सहायता पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एचएस सीटी प्रमाण पत्र (सहायता पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / रशियन कार्ड (सहायता पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे क्या निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	<u>RE - JMSC</u>
2	<u>LE - JMSC</u>
3	<u>Surgery - (RE) S.J.C.S + ZOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि
1	<u>SCCH</u>	<u> </u>

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने वाला:

- 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 any, liable for termination/cessation.
- 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.
- मेरी घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं अथवा गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा मेरे आवेदन पत्र में 'कोशिका फाउन्डेशन' से जो सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग केवल आवेदन पत्र में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैंने अपना सहायता हेतु पत्र प्राप्त करने के बाद, अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो नुकसान के लिए या पूर्णतः या आंशिक रूप से सहायता प्राप्त करने का प्रयास नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला):

- By affixing my signature or left thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use, publish, print, 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 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 entitle me to negotiating or obtaining 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 प्रारूप में अपने हस्ताक्षर या बाएँ कीमूँठ का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में उल्लेखित है, उस "कोशिका" प्रकल्प/कार्य, काम, कल्याण/या दूसरे उद्देश्य के लिये जाहिरनामा/विज्ञापन और उपलब्धियों को संचयन/संग्रहण के प्रयास के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के चलते या समाप्त होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि हस्ताक्षर के उद्देश्य से उल्लेखित है, उसे स्वयं, सहायता या इतर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रकल्प/कार्य/उपलब्धियों का विवरण संचयन और प्रचार/विज्ञापन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन दान करने वाला का हस्ताक्षर या बाएँ कीमूँठ का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करने वाला):

- 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 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.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The mode of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital or 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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी जो "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- यदि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करी/प्राप्त करने की कोशिश करेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/प्रदान/प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी और उक्त स्रोत/संस्था से प्राप्त करेगी/प्राप्त करेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता प्राप्त की जायेगी प्रकल्प/कार्य/उपलब्धियों को है। मेरी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/क्रिया का पुनर्पत्र देनी एवं हस्पताल के पास ही रहेगा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कर्तव्य/कार्य नहीं है। हस्ताक्षर/हस्ताक्षर में कोई भी हस्ताक्षर/प्रारूप और जाने जाने की जाती/विचार/विचार की जाती और "कोशिका" को नहीं/पुनः या विनियमन/प्रदान/प्रदान नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20-03-20	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No. - 69417 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व दिनांक	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2