

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : U0220/1210
आवेदन क्रमांक

APPLICATION DATE : 19-02-20
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Janak Singh
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 65
आयु-वर्ष

SEX : M
लिंग

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



He is op. Rst op
(1210) Janak Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Vill Bargahar, Kot, Kot
वर्तमान आवास का पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Distt-Bharatpur, Rajasthan, 321405
स्थायी आवास का पता

Same as Above

OCCUPATION : Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 22000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) N/A

FAN No. (रसद कार्ड संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो पालन हो उस क बही का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1	<u>Dalveer</u>	<u>49</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Ramdev</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Shreya</u>	<u>36</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>
4	<u>Ankesh</u>	<u>34</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5	<u>Kavita</u>	<u>31</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>
6	<u>Roham</u>	<u>19</u>	<u>M</u>	<u>Grand Son</u>
7	<u>Jyoti</u>	<u>09</u>	<u>F</u>	<u>Grand daughter</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के खाते के साथ 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गए विवेक का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई सहायता सूची संलग्न
	<u>RE- P.P</u>
	<u>LE- JMSC</u>
	<u>Surigony - (LE) SICS + 22L</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 AVAILED तो गई सहायता राशि
1	<u>SCCH</u>	

DECLARATION by APPLICANT - आवेदनक 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 & ensuing assistance inapplicable 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 any financial assistance (past or in fut.) from any other source/ employer/ insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत अथवा झूठा पाया जाता है तो मैंको प्रभावित निष्पत्ति का सामना करेगा।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ही जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रश्न किया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी वित्तिय सहायता (प्रायः) किसी अन्य स्रोत/ रोजगारदाता/ बीमा कम्पनी से नहीं लिये और न ही प्रार्थना करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/ reproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/ granted, through any means, including but not limited to verbal, print, electronic, for raising donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/ events. 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.
- 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 authorize anybody for raising 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपना हस्ताक्षर या बायाँ की उंगल लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और फोटो प्रयोग इस उद्देश्य में कर सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा चलाये जाने वाले उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रश्न किया है।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रभावित उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 5) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रभावित उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, उसे "कोशिका" द्वारा चलाये जाने वाले उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रश्न किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगल का निशान

Dr. Priya Agrawal

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करता)

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 another NGO or any other source, for the same patient/patient, as we are requested 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. The committee/ assembly states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/patient 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/ advice/ medication 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 जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को प्राप्त है, जिससे हम (इस्पताल) वित्तिय सहायता से लाभ व स्विकार करते हैं।

- 1) हम (इस्पताल) न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी स्रोत/ रोजगारदाता या बीमा कम्पनी से उक्त उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रश्न किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हम (इस्पताल) को सहायता प्राप्त करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रश्न किया है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जाने वाली वित्तिय सहायता केवल वित्तिय सहायता की है। रोगी को इस्पताल द्वारा दी जाने वाली सहायता का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तिय सहायता का कोई भी भ्रम नहीं है। हमारे हस्ताक्षरों से रोगी को इस्पताल द्वारा दी जाने वाली वित्तिय सहायता का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तिय सहायता का कोई भी भ्रम नहीं है। हमारे हस्ताक्षरों से रोगी को इस्पताल द्वारा दी जाने वाली वित्तिय सहायता का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तिय सहायता का कोई भी भ्रम नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal सिफारिश के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30.09.20	M.B.B.S M.S. Ophthalmology Reg No.-58417 Time..... Date..... <i>Priya</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इस्पताल का पता	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी <i>[Signature]</i> Dr. Smita's Eye Care Institute Administrator Kashipur Distt. Maynagar
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्निहित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--