

VRN-C-19-12-1329

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No. / आवेदन नं. : U/0220/1220 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 20/02/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Hardeep AGE YEARS / आयु वर्ष : 50 SEX / लिंग : F

FATHER/S/POUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : Amab Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

H.No. - 214, Lnaini, Anwala

District - Bhatnagar, U.P. 243301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

same as above



Pre op Post op  
(1220) Hardeep

OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker MARRIED / UNMARRIED (अविवहित) :

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

PAN No. / स्थाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देता हैं (जो नाम हो उस पर सही का चिह्न लगायें) Yes / No / हाँ / 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>NEM Chandio</u>	<u>54</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Rubi</u>	<u>25</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
3	<u>Akash</u>	<u>23</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / नीची श्रेणी के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	---

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - RP</u>
	<u>LE - PMSC</u>
	<u>Surgingy - (IA) SCL3 + FOL</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED / ली गई सहायता राशी
1	<u>SCFH</u>	

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- 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 applicable 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 confirm that I have not & will not in future, avail of similar treatment in part or full, from any other source (including private or public company) of the amount for which assistance is requested.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एम कठिन प्रमाण प्राप्त होता है तो पत्र अस्वीकार किया जा सकता है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण एवं सही रूप में ही किया जाएगा। जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं पिछले काल में, या भविष्य में कभी भी इस राशि का समान या समानांतर रूप में किसी अन्य स्रोत (संस्था/व्यक्ति/कंपनी) से प्राप्त नहीं किया है और न ही करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/attach/print/upload/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.
- 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम का नाम, पता, पता/वास्तु के माध्यम से नुस्ते उद्देश्य से नुस्ते गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्ण एवं सही रूप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व सहायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे उक्त सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम उक्त सहायता का विवरण सही और सत्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):**

- By affixing her/his/their signature of our Authorised 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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से पत्र/रिपोर्ट की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उद्देश्य के पूर्ण एवं सही रूप में करवा सकते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता प्राप्त करने या ले ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/प्रकृत हेतु प्राप्त नहीं किया गया है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्था से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस तथ्य में स्पष्ट करता गया है कि हस्पताल पूर्णतः सच एवं सही जानकारी हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या विधि से उक्त/प्रकृत का चुनाव देती है। हस्पताल को रोगी का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का सहायता नहीं है। प्रकृत हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर द्वारा ही जाने जाने की सही विधि/विधि देती है। हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को सही विवरण या विवरण हेतु प्राप्त में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

*Dr. Priya Agrawal*

M.B.B.S., MS Ophthalmology

Reg No. - 58417

Time..... Date.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व उक्त हस्पताल अधिकृत अधिकारी



**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

सदस्यी हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सदस्यी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*