

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: F/1123/0248 (575/23)  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/11/23.  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम Mr. Gyan Singh.

AGE-YEARS आयु-वर्ष 48  
SEX लिंग M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कटुम्भ का नाम Sumer Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
Vill: Thasi, Dist: Jhansi, UP.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
As Above.



OCCUPATION: व्यवसाय School worker (Housekeeping)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय Rs. 1,44,000

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) —

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 सही 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 सम्बन्ध
01	Kiran Devi	42	F	wife
02	Shivani	19	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn:- RE Cataract
	Sur:- RE Phaco + IOL

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 ली गई सहायता राशी

Handwritten signature/initials: NML

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 & ongoing assistance, if any, liable 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, even 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लियर एवं सत्य अवस्था पाया जाता है तो उसे सहायता प्रियत्र को जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता दिया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रक्रिया को नहीं है, उस उद्देश्य का आर्थिक या सकारण किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर):**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/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 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.
- 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 का अपने उत्तरदाता या डॉक्टर को ज्ञापन करके, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृवर्गों, धारणकर्ता द्वारा उद्देश्य से प्रेस, प्रसारण, प्रकाशन, प्रकाशित और प्रसारण के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का उत्तरदाता को ज्ञापन करके या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" का नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का जो प्रकाशन या प्रसारण से संबंधित है, उसे प्रकाशित करने के लिए "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृवर्गों का निष्पक्ष और वाध्याकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ तलुके का निशान

शानुसिंह

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर):**

- 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/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.
- 2) 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को जो आप से प्राप्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी भी सकारण संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निष्पक्ष वक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सकारण हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्मत्ता किसी अन्य गैर सकारण संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इच्छित मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सकारण संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से नहीं लेना/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही माँ लगाए या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और जानें जाने की जाती सिफारिशों रोगी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/11/20	Dr. PALAK GUPTA DMC/R/17552 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तराफ व रजि. नं.	Dr. Ronit Harrison Chief Administrative Office (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामां हस्ताक्षर 2