

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1020/0067 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 06/10/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Kamala AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 53 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: Uday



PRE & POST OP
(0067) Kamala

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Udayan Ashda mason, Thana Nauljheel

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Firozpur bangan, Distt. Mathura, U.P. 201203

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker MARRIED / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 19500/- (Family) (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न): NA

PAN No. / स्वयं का PAN:

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

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	<u>Sukh Singh</u>	<u>54</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Dev</u>	<u>24</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार के लोग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हस्तगत करके 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) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे स्वस्थ रहने का उद्देश्य:

Sr. No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि
	<u>RE - Senile Cataract</u>
	<u>LE - Senile Cataract</u>
	<u>Surgery - (RE) SICS + IOL</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 / ले गई सहायता राशि
1	<u>DBCC</u>	<u>2000/-</u>

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 Applicant & ongoing assistance null & void for need-based 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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं प्रत्येक घे विवे नये यणी विषय घेरे बनकारी के अनुसार प्रत्येक रूप में सही हूँ। यदि कोई झूठा/सत्य रूप कथन अथवा पत्र प्राप्त है तो घेरे सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं प्रत्येक घे विवे नये यणी विषय घेरे बनकारी के अनुसार प्रत्येक रूप में सही हूँ। यदि कोई झूठा/सत्य रूप कथन अथवा पत्र प्राप्त है तो घेरे सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं प्रत्येक घे विवे नये यणी विषय घेरे बनकारी के अनुसार प्रत्येक रूप में सही हूँ। यदि कोई झूठा/सत्य रूप कथन अथवा पत्र प्राप्त है तो घेरे सहायता निरस्त की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 or electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about my 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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन. एच.एस.ए. जैसे उद्देश्यों में बड़ी पहचान/सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विषय मेरे इलाज के पहले या बाद में करने में लिए, "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं पूर्ण रूप से सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन. एच.एस.ए. और अन्य उद्देश्यों का विवेक अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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:

- 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.

इसमें अधिकृत, हमारा ही को और मैं (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है। निम्न रूप (हस्पताल) में प्रस्ताव में मदद न सहायता करने है।

1) यह कि न तो हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से उक्त उद्देश्यों/उद्देश्यों में नहीं या नहीं है, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय/सहायता हेतु उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु लिए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमारा वित्तिय अन्य सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जात है कि सहायता वित्तिय सहायता उक्त उद्देश्यों/उद्देश्यों हेतु वित्तिय नैर सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद या सहायता अथवा वित्तिय सहायता को ही है। एन. एच.एस.ए. द्वारा मेरे सहायता या वित्तिय सहायता/सहायता हेतु सुनिश्चित नहीं है/हस्ताक्षर के साथ का विषय है। एन. एच.एस.ए. द्वारा वित्तिय सहायता का कोई दायता नहीं है। उद्देश्यों/उद्देश्यों हेतु मदद सहायता और अपने अपने को ही वित्तिय/सहायता हेतु मदद नहीं है और "कोशिका" को वित्तिय सहायता या वित्तिय/सहायता हेतु मदद में नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHI (अर्शक के लिए संस्तुति)

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
07/10/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका नं. दिनांक

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
कर्मचारी पर इलाका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2