

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building JAL 101

APPLICATION No.: V/1020/0070 APPLICATION DATE: 06/10/20
 आवेदन संख्या: V/1020/0070 आवेदन तिथि: 06/10/20

NAME of APPLICANT: Shanti Devi AGE-YEARS: 69 SEX: F
 आवेदक का नाम: Shanti Devi आयु-वर्ष: 69 लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: lakhan
 पिता/सहोदर का नाम: lakhan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1, Parsauli, Parsauli, Bajna,
Distt Mathura U.P. 201201
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above



PASTE PHOTO HERE
Freee Postet
(0070) Shanti
Devi

OCCUPATION: Home Maker MARRIED (निम्नलिखित) / UNMARRIED (अनिम्नलिखित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000/- (Family) (Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य प्रदान): NA

PAN No: स्वादि खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो बात ही उस पर मर्जी का निश्चय लायें) 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 सम्बन्ध
1	<u>Kailash chand</u>	<u>late</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Chhotu Lal</u>	<u>44</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Dayawati</u>	<u>40</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in Law</u>
4	<u>Akash</u>	<u>18</u>	<u>M</u>	<u>Grand Son</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (असमर्थता का प्रमाण प्रदान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (असमर्थता का प्रमाण प्रदान करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (असमर्थता का प्रमाण प्रदान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे नती मिलनी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमर्थता/दवाखुर से जुड़ी नती गई प्रमाणित सूची संख्या
	<u>RE - Senile Cataract</u>
	<u>LE - Senile Cataract</u>
	<u>Surgery - (LE) SICS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशी
1	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- I hereby declare 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.
- 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 इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- मैं गंभीरता से साहसापूर्वक 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में नहीं हूँ, उन सहायता का आग्रह या सहायता किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बीमा कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use, distribute or 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/ventures. 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति का प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, या अन्यथा दूसरे उद्देश्य से मुझे अतिरिक्तियों और उपस्थितियों के द्वारा किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करना के लिए अधिकृत है। मेरी प्रेषण का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस अधिकार में "कोशिका" एन.पी.ओ. अधिकृतियों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):

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 dependent to get from Koshika Foundation, in the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance, same granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital receives it's right to make up the shortfall, from another NGO or any other source, as confirmation essentially states that the Hospital will not avail any financial 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/started by the Hospital on the patient, is based on the best interests 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, इलाज करने वाले और या सहायता करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए ली जायेगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचार/सिफारिश करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अतिरिक्त/सकल हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकट में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल सिर्फ यह उम्मीद रखता है कि सहायता सिफारिश हेतु उम्मीद/प्राप्त हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगी।

2 "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता सहायता निर्दिष्ट प्रकृत की है। रोगी के हस्पताल द्वारा ही सहायता या निर्णय सहायता/सिफारिश का चुनाव होगा एवं हस्पताल के मान्यता का विवरण है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित प्रकृत का कोई हस्तगत नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने मन की सहायता/सिफारिश होगी एवं हस्पताल को हस्तगत और "कोशिका" को कोई भी सहायता या सहायता हेतु सहायता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

DR. ABIR SHEK (अधिकृत) के लिए संस्तुति

1701, Naraina, New Delhi - 110028

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम या इलाज करने वाली न

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
अर्शक व डॉ. द्वारा अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
07/10/20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
पहली हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
दूसरी हस्ताक्षर 2