

Del-6-20-03-022

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या : Del 0320/0081

APPLICATION DATE: 4-3-2020

NAME of APPLICANT: Sonopal

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME



Pre op Post op Sonopal (0081)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: huan Sadikpur, Sonali, Baghat, Uttar Pradesh 250811

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

OCCUPATION: farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000/-

(Attach Proof of Income) NA

PAN No. खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No हा / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Table with 5 columns: 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. Includes entries for wife and daughter.

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

Table with 4 columns: BPL Card (Attach Card Copy), EWS Certificate (Attach Certificate Copy), Ration Card (Attach Copy), Any Other Basis/Proof. All fields are empty.

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

Table with 2 columns: Sr. No. क्रम संख्या, Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न. Includes handwritten text: RE - Senile Cataract, LE - Senile Cataract, Surgery - RE Phaco with IOL.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया हो?

Table with 3 columns: Sr. No. क्रम संख्या, NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम, AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि. All fields are empty.

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से सही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायक हेतु पर भविष्य में कभी भी, उस राशि का अधिक या समतल दिवसा किसी अन्य स्रोत/निर्धनक/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'न्यायी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् 'न्यायी', चप, पाठन/चप द्वारा उद्देश्य से कुटी गतिविधियों और वितरितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व 'न्यायी' अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्य में प्रेषित है पूर्ण सच: सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यायी' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्य/रागी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायक 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 वित्तिय सहायक किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिति उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायक संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मरण उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायक केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल/द्वारा से यह सलाह या किये गये उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुक्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

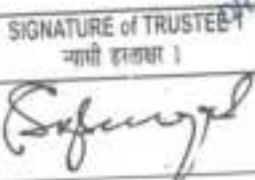
स्वीकृती के लिये अनुमति

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तिथि
 5/3/2020

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इलाज का स्थान


(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी


FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION , आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2
