

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/1020/0096**

APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: **16/10/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Swrajmukhi**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **63**

SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता-पत्न्युप का नाम: **Daryab**



Preop Postop
(0096) Swrajmukhi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अस्थायी पता:
Fateh Garhi, Fatehgarh,
Distt. Azamgarh, U.P. 202135
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी अस्थायी पता:
Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **19500/- (Family)**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

PAN No. रखई प्राप्त किया / ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मात्र के इस पर भरो का निशान लगाएं): 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 से संबंध
1	Dharam Singh	64	M	Husband
2	Mangla	56	M	Son
3	Ajeet	32	M	Son
4	Satya	34	F	Daughter in Law
5	Tasla	27	F	

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबों (छा) के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निम्न तथ्य निम्नी का उद्देश्य:

Sr No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED / ले गई सहायता राशि
1	Dues	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा घोषणा कर):

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & Koshika's assistance void for receipt of assistance.
- 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 यकीनपूर्वक रूप से यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी मांगेका निरास होना एकदम सही है।
- मैं यकीनपूर्वक रूप से घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में देना गया है।
- मैं यकीनपूर्वक रूप से यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 & data is can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सामंती को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेवाले" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में घोषित है उसे "कोशिका" एवम् आर्थी, धर्म, वाक्यांश दूसरे उद्देश्य से मुझे विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार पाठकों से इजाजत करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशक के अंतर्गत से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोसेवाले का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभ्यर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation Ltd. (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's the 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 to be conducted by the Hospital or 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमसे-रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से प्रेषित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) कितने प्रकार से सहायता करने में।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या तो ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश आधिकारिक तौर पर मंजूर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल निर्णय तब तक ही सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना-लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह स्पष्ट है किने गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर से रोगी को इलाज प्राप्त और अंत होने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षित की तारीख 17/10/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	