

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन क्रमांक	V/1020/0102	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	12/10/20
NAME of APPLICANT आवेदनकर्ता का नाम	Jairan	AGE-YEARS आयु-वर्ष	70
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम	Saloon	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Shakha pata, Mahaban bazaar (Dhat), Mahaban, Mahaban, Distt. Mathura, U.P. 281305			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Same as above			



OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	22000/- (Family)	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	NA

PAN No. स्थायी पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE (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 आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1	Imuddin	late	M	Husband
2	Faukhi	44	M	Son
3	Tilam	41	M	Son
4	Mubins	42	F	Daughter in law
5	Parween	33	F	" " "

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

BPL Card (Attach Card Copy) नसबों रखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यपानता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये बिना का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रातिपत्र संलग्न की गई हैं/गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य से 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 कितना सहायता प्राप्त
1	DSCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 void.
 - 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, or the amount of which this assistance is requested).
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं विवरण एवं तथ्य अथवा तथ्या है जो मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से लेने वाले सहायता, केवल उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अथवा भविष्य में कभी नहीं, इस सहायता के अंशिक या पूर्ण रकम किसी अन्य स्रोत (रोजगार/बिमा कंपनी, या जिस स्रोत से इस सहायता की आवश्यकता है) से प्राप्त नहीं की है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/advertise 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 & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 shall 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में प्रेषित करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, सहायता/या इसके उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचार में प्रदर्शित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रचार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे उद्देश्य: सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टी न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- By affixing Hospital 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 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 adopted/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 treatment.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से पाठकों/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अवगत हेतु प्रचुर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता प्राप्त कर किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु यदि उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं प्राप्त होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी ही हस्पताल से करेगा कि नहीं और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। अंततः हस्पताल में रोगी के इलाज मुक्त और आने जाने को सभी नियंत्रण रोगी ही हस्पताल की ओर और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी प्राप्त करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANU

स्वीकृति के लिए समस्तुति



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
21/10/20

MOI No. 33 3333
Sign

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

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम से परे हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2