

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1020/0108 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 23/10/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Nihal Singh AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 58 SEX / लिंग: M

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



Preop Postop  
 (0108) Nihal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता

Jafwan, Jafwan

Distt. Aligarh, U.P. 202146

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Sant

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 21000/- (Family)

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

PAN No. / स्पष्ट छापा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का शुल्क देते हैं (जो लागू हो उसे 'X' का चिह्न लगाएं)

Tax No. / आय कर संख्या:  NO

**FAMILY DETAILS / परिवार विवरण**

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	<u>Shiv Dasi</u>	<u>55</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Narayan</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Hanuman</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

BPL Card (Attach Copy) / पीएलसी कार्ड का प्रमाण पत्र (सहायता के लिए प्रमाण पत्र जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / EWS प्रमाण पत्र (सहायता के लिए प्रमाण पत्र जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (सहायता के लिए प्रमाण पत्र जोड़ें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / प्रत्यक्ष/दीक्षा से प्राप्त की गई उचित/सुची प्रमाण
	<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 कौनसे अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिये गये हैं?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
1	<u>Nil</u>	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 1) 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 liable for rejection/revocation.
- 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's insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं है तो सभी सहायता निव्वश ही वापस कर दी जाएगी।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी 'कोशिका फाउंडेशन' से कोई भी सहायता नहीं ली है। उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी 'कोशिका फाउंडेशन' से कोई भी सहायता नहीं ली है। उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।

**AGREEMENT by APPLICANT (सहमति द्वारा करार):**

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicly put-up/produce 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, or social media) 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.
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 final and acceptable to me.
- 3) इस प्रारूप का भरना इलाका या अस्पताल की तरफ सत्यापन, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरा विवरण इस प्रारूप में घोषित करें। उसे "कोशिका" एमएनएलए, अपने, कार्यवाही द्वारा उपरोक्त से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को आम जनता के प्रति प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण सही जानकारी के पक्ष में सत्य एवं सही करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं उसे स्वतः प्रकाशित या इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एमएनएलए न्यासीयों का निर्णय अंतिम और कार्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

*(Handwritten signature)*

**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, 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 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.
  - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा/हमें जो अंत से प्राप्त/करने को "कोशिका फाउंडेशन" से निधि/सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, निम्न (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वही उद्देश्य/रोगी के लिये मांगेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अर्जित करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/दुबारा हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा/हमें किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुनिश्चित रूप से कहा जाता है कि हमारा/हमें सिफारिश हेतु उद्देश्य/रोगी के लिये सिफारिश किया जा किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं होगा।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा/हमें रोगी के हित/सुरक्षा और अपने स्वयं को सभी जिम्मेवारी लेने एवं हस्ताक्षर की जाती और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेवारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. ABHINAV K...  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 इलाका का नाम व इलाका व तिथि

*(Signature)*  
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 अंतिम की तिथि  
 23/11/20

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यासी हस्ताक्षर 1  
*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यासी हस्ताक्षर 2  
*(Signature)*