

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building Block of life

APPLICATION No. :

V/1129/0117

APPLICATION DATE :

02/11/20

NAME of APPLICANT

Kishan Pyari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

Roop Singh



Preep Postop

(0117) Kishan Pyari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

916, Baghola, Baghola (14), Baghola

Palwal, Palwal Distt. Palwal, Haryana, 121102

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

19000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

NA

PAN No. स्वयं जाना संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे उक न सही का चिह्न लगायें)

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	Bhuley	46	M	Husband
2	Kavi	35	M	Son
3	Sabita	30	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा नं लेवे प्रमाण पत्र (उत्पन्न नव की अलग प्रति अलग करे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (उत्पन्न पत्र की अलग प्रति अलग करे)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजना कार्ड (उत्पन्न पत्र की अलग प्रति अलग करे)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्तो अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता रकम
1.	Nil	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दूर करने पर:**

- 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 to 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 (employee insurance company or the amount for which the assistance is requested).
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन आत्म्य पत्रक प्राप्त है तो कोई सहायता निरास नही जा सकती है।
- मैं यथार्थता के साथ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कॉशिका फाउन्डेशन" से नही जा रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा जो इस प्रारूप में गत गया है।
- मैं यथार्थता के साथ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस प्रकार की सहायता के लिए अन्य स्रोतों (कर्मचारी स्वास्थ्य बीमा कंपनी या जिस सहायता के लिए मैंने आवेदन किया है) से नही जा रही हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दूर करने पर):**

- By affixing my signature or thumb impression on the Form (I Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 and/or as advertised hereunder. 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.
- (Applicant) I 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 on 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 मुद्रित छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपने आवेदन को पूर्ण करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मुद्रित छाप और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कॉशिका" द्वारा जारी, दान, चिकित्सा या अन्य उद्देश्य से जारी गैर-वित्तीय और वित्तीय सहायता के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रारूप का प्रकाशन मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मुद्रित छाप और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने पर मेरा आवेदन का अंतर्गत नहीं होगा। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करते):**

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:

- I 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, Hospital will have the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation necessarily 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 scope of the health insurance are advised/conducted by the Hospital on the patient. It 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, हस्ताक्षर की जाते हैं मामलों को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरास करने से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि मैंने वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से अन्य सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करूँगी, जैसे कि मैंने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित दान के माध्यम से "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकांशतः हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य गैर-वित्तीय सहायता या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा गया है कि अंतर्गत निर्णय करके दान देनी/प्राप्त हेतु किसी भी प्रकार का प्रचार या प्रचार माध्यम नहीं होगा।
  - "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता लेना निर्णय प्रकृति को है, वेनी पर उपचार हेतु यह सहायता या बिना नई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी इस हस्ताक्षर के साथ का निर्णय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसी प्रकार हस्ताक्षर के साथ के हस्ताक्षर और अपने काम को करने जिम्मेदार देनी इस हस्ताक्षर को देनी और "कॉशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदार इस मामले में नहीं देनी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

*Dr. Ashwini Kumar*

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
**02/11/20**

**Dr. S. S. M. S. Ophthalmology**  
Reg. No - 68028  
Time..... Date.....  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप

*Rome*  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम या नाम हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नाम हस्ताक्षर 1  
*Sufan*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम हस्ताक्षर 2  
*Sufan*