

mem - C-24-11 - 3111

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: M/1124/0915
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 22/11/24
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Veeru Bala

AGE-YEARS 51
SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्भ का नाम

Veenu Singh



Present Address

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pinna shanjahanpur

Uttam Pradesh - 24-2305

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

30,000 / family

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
1	Rajeev Singh	30	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"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
	Diagnosis R/E Senile cataract
	R/E Senile cataract
	Surgery R/E SICS with Phima Lens Comp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	DBCS	20000

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.

- 1) मैं सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य सच्य ज्ञात है तो मेरी सहायता निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का उपयोग या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रायोजक/व्यक्ति/कम्पनी से न ली गिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इलाखर या जगते की रूप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोर्ट और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रथम म्यात्री, पान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपसहजियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अभिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख को पढ़ने या नार में करने के लिए "कोशिका पाउंडेशन" से म्यात्री अभिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोर्ट और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपदेव के इरादा का अंगूठे का निशान



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.

हमारे अधिकृत, इन्सपेक्टीवों की ओर से मजाल/दोरी को "कोशिका फाटनेवाला" से विभिन्न जगहों पर निगरानी की जाती है, जिते हम (हमेशा) निम्न प्रकार से कार्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उठाए योगी/चमके में लगे या ले गये हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिविल/विशेष इकाई के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हो कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रिवि जिरिफ/चमके होतु मन्तुर् यही किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मरद उठा योगी/चमके होतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की तरी बिम्बेराती रोगी एवं इस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई भविष्य या बिम्बेराती इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Administrator

(Name, Designation, and Signature of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

समूह का पद इसमें शामिल अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Exemplar

2018