

SRE - C - 26 - 02 - 1177

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S10226/0927

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 16-10/26

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम : Mr. Ashraf

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 56

SEX लिंग : M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : Mr. Alla Banda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : Mafi Kaban, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247007

PASTE PHOTO HERE
Pse of post op
Mr. Ashraf
(0927)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता : Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 46,000

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) : NA

PAN No. / PAN संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX RESIDEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य जो अनु या नहीं को चिह्नित करें)

Yes / No / हाँ / नहीं : No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी से संबंध
(1)	Gulshan	32	M	Son / Daughter in law and son
(2)	Bashida	32	F	
(3)	Alla	33	M	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि अनुसार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीसी कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (अनुमति पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग का प्रमाण पत्र (अनुमति पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (अनुमति पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अंगण/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - SICLS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या सहायता हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / कितनी राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT (अर्चनाक 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 & ongoing assistance, if any, liable for 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विवरण जो कभी अज्ञान चलाया गया है उसे सही बताया गया है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग यही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अंशिक या पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं लिया है और नहीं लियेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्चनाक 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/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.
 - 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 हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (अर्चनाक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत किया है कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक द्वारा प्रत्येक में सभी परिस्थितियों को उपयोग के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्चनाक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में दिये हैं उनके द्वारा सहायता का अंशिक नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अविरोध योग्य।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्चनाक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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:
- 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.
 - 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.
- यहाँ अंगूठे, हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान जो "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) हम यह न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए किसी और स्रोत से लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अंगूठे का निशान या सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंशिक/पूर्ण रूप में नहीं मिलती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा गया है कि अज्ञान के कारण मदद अन्य स्रोतों से नहीं मिली है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त मिलेगी वह केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
सर्जरी का तिथि
16/02/26

Dr. NEHA
DMC No.-58989
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
डॉक्टर का नाम व इलाज का संख्या



Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital
नाम व पद इलाज करने वाले अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
