

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Bringing care to the

APPLICATION NO.:

अवेदन नं०

V/0320/1243

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

04-03-20

NAME of APPLICANT

अवेदक का नाम

Urmila Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुप का नाम

Sehram Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता

Jharkhand & Jharkhand

Dish - Bhamai Puria Rajasthan, 321642

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

Same as Above



Pratap festop
(1243) Urmila Devi

OCCUPATION

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

22000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं या सा संभव

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो नास्त है उसे पर सही का चिह्न लगायें)

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 अवेदक के साथ संबंध
1	Kishan Singh	66	M	Husband
2	Kamlesh	38	M	Son
3	Meena	35	F	Daughter in law
4	Manu	13	M	Grand Son
5	Rinki	10	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्न आधार

BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (अनुप न की प्रमाण प्रमाण कर)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पर (अनुप न की प्रमाण प्रमाण कर)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (अनुप न की साथ प्रमाण संलग्न कर)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये चिह्न का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 ली गई सहायता राशि
1	SCHEM	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करना -3)

- 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 Invalid for legal 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 intended by me.
- 3) The only condition I have not & will not fulfill, even if reimbursement in partial or full form are other source or insurance company of the amount given for this assistance is received.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य एवं सही है तो मैं पूर्ण सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पूर्ण रूप से निश्चित रहता हूँ कि यह राशि का अंशिक या पूर्ण हित्त किसे अन्य स्रोत/बिमा/वैद्यकीय कम्पनी से प्राप्त किया है और न ही भविष्य में प्राप्त किया जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this 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 e-mail, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievement. 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 enable 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 अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) अपनी घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रास्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उक्त "कोशिका" एवम् नामों, पता, सम्बन्धों, दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रार्थना करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्ण या अंशिक रूप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रास्टियों अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है, मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रास्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (दुसरे द्वारा करना)

By affixing our founder's signature or our Authorized Signatory for recommending the 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 partial or full then the Hospital reserves a 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 course of the treatment/procedure advised/undertaken by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and 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 this matter.

इससे अधिकृत हस्ताक्षरों की और से पाएते-वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विना प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वैकल्पिक सहायता किसे भी सहायता प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायतापत्र में ली जा सके है, जैसे कि अन्य "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विचार उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/स्वीकार हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसे अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य स्रोत/वैद्यकीय कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्वीकार किया जाता है कि सहायता द्वितीय स्रोत उक्त सहायतापत्र हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया-सकती।

2 "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता अंशिक वित्तिय प्रकृति की है। तबसे न हस्पताल द्वारा से राशि सहायता या किये नये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से प्रारम्भ करने का विषय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया जाता का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिसे हस्पताल में राशि का सहायता सुरक्ष और अन्य स्रोतों की सहायता किसे भी सहायता नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. ABHISHEK HANDE
MCI No. 4935572

Signature

(Name of Dr. & Regu. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका व पता

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
04-03-20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिक द्वारा करना)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(वासी हस्ताक्षर 1)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(वासी हस्ताक्षर 2)