

VRN-C-20-03-0134

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/0320/1246

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 04-03-20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Uccetam Singh

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 55
SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिका का नाम: Brajkisha



Preop Postop
(1246) Uccetam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अस्थायी पता: ~~Brajnagar, Nagla Julechaur,~~

Distt - Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी जगतीय पता:

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 25000/-

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

PAN No. / पैन संख्या संलग्न
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें):
Yes / हाँ / No / नहीं ✓

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 संबंध
1	Premia	53	F	Wife
2	Yogendra	27	M	Son
3	Rajesh	25	M	Son
4	Rupali	25	F	Daughter in law

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

BPL Card (Attach Copy Copy) / सर्वोच्च रेटा के लेख प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विनोद का उद्देश्य:

Sr No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMSC
	LE - TMSC
	Emergency - LASICS & IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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
	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दूर पोषण 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 for revocation/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, ask for reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अर्थन असत्य पाया जाता है तो योंी निरस्त किया जा सकता है।
- मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैंने 'कोशिका फाउण्डेशन' से जो भी मदद पायी है, उसके उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैंने भविष्य में इस मदद को वापस करने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो निवेदन दूँगा और न ही वापस ले दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्ता):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/print/publicize/introduce 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 conditions for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/operations. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment/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.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सही करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यायोयोगी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवेदन इस प्रपत्र में बतियाए हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोयोगी, दान, प्रचारण/दूर उद्देश्य में सुदृढी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण में हस्ताक्षर के जहाँ या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से न्यायोयोगी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि स्वास्थ्य के उद्देश्यों से अधिकृत है, उसे स्वतः प्रचारण या इतर नहीं करूँगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोयोगी का विचार, आदेश और अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दूर कर्ता):

- 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 its right to raise up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation/assurance clearly 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 selected/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 full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारी अतिथित, हस्ताक्षर की ओर से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से वाच्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारण संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से निवारित/विधिगत रूप से सहायता से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सकारण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सही में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पकाल विधिगत रूप से सहायता लेने के लिये किसी भी सकारण संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता लेते।
 - "कोशिका फाउण्डेशन" से न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता लेने का अधिकार या किसी भी सकारण संस्थान से उक्त रोगी/रोगी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से निवारित/विधिगत रूप से सहायता से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सकारण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सही में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पकाल विधिगत रूप से सहायता लेने के लिये किसी भी सकारण संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता लेते।

Dr. ABHISHEK HANDE RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 MGH No. 00-35572 स्वीकृती के लिए संस्तुति
 Sign:



Date of Surgery
 अतिथित की तारीख
 04-03-20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम हस्ताक्षर 2