

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Founding Year: 2010

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/0320/1276

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 09/03/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Laksh Singh

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 66

SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Shyam Lal



Preop Postop
(1276) Laksh Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: H.No. 1335, Chuhara, Achhnera, Aruna khas

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 26000/-

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

PAN No. / आई टैक्स संख्या: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No: No

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	Kishan Devi	late	F	Wife
2	Mahesh	40	M	Son
3	Satish	36	M	Son
4	Sushila	37	F	Daughter in law
5	Kavita	33	F	" " "
6	Vijay	09	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

BPL Card (Attach Card Copy) / पीबी रेखा के नीचे उपलब्ध 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) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये संकेतों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से लिये गये हैं?

Sr No / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
1	SCPM	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):

- 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.
 - Isolely rely further medical 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 (e.g. insurance company, of the amount for which this assistance is requested).
- 1) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही कथन अथवा सत्य कथन है तो मेरी सहायता स्थिर की जा सकती है।
 2) मैं इससे आगे का चिकित्सा सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त करूँगा, उक्त सहायता उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में पेश किया है।
 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए, उस रकम का अर्शक या सहायक कितने अन्य स्रोतों/सहायकों/बीमा कम्पनी से नही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):

- By affixing my signature or thumb impression on the Form (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/put/produce 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) do hereby 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 providing either 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुरिष्ठ करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बतिया है, उन्हें "कोशिका" एवम् नामों, छाप, शब्दमात्रा द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी उपाय या साधन से प्रसारित करवा के लिए अधिकृत है। मेरे अथवा मेरे विवरण को इन्होंने अपने अथवा मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामों अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करे सकेगा। सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनवाया इस उद्देश्य में "कोशिका" एवम् इसके नामों को प्रसारित करने और सहायकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कथन):

- By affixing hereunder, signature of per 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 / or 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 mode of the treatment/procedure advised/undertaken 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करता है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देना चाहते हैं।
 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए प्राप्त करने का है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश तक नही प्राप्त की है "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती/अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अल्पसंख्यक किसी अन्य स्रोत/सहायक सहायता या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुरिष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पसंख्यक वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायक सहायता या किसी अन्य सहायक से नहीं ली/लेना।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान वित्तीय प्रकृति की है। उद्देश्य या उपचार हेतु उक्त रोगी को किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का प्रेषित नहीं है। अर्शक/हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखकर "कोशिका" को कोई भी सहायता या सिफारिश/सिफारिश द्वारा प्राप्त न करे/करे।

DR. ABHISHEK HANDA
 RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 MCI No. 09
 Sign

DR. SHYAM SINGH
 Administrator
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of hospital)

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09/03/20	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाहाबाद एच. एन. ए.	(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 सहस्रक 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 सहस्रक 2
--	--