

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: V/0320/1201

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 09/03/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Dauja Devi

AGE YEARS आयु वर्ष: 65

SEX लिंग: F



FATHER & SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Puran Mal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Anavan, Tglas, Tglas, Tglas

Distt. Aligarh, U.P. 202/24

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

Precep Postop
(1201) Dauja Devi

OCCUPATION / व्यवसाय: Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 26000/-

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

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकर भरता हैं (जो नाय हो उस 'X' सेही का चिह्न लगाये):

Yes / No
 हाँ / 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	Mangal	66	M	Husband
2	Jogindra	37	M	Son
3	Ravindra	34	M	Son
4	Kamraj	39	F	Daughter in Law
5	Tarita	30	F	Daughter in Law
6	Sony	00	M	Grand Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / राश्वी देख के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रिंट संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रिंट संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रिंट संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किये गये लिकी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विभिन्न अन्य स्रोत से लिया गया है:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED है गई सहायता राशि
1	<u>SCFH</u>	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will cancel my Application & ongoing assistance if applicable for subject case/condition.
- 2) 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 full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक से दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन (उपरोक्त भाग) अथवा है या नहीं सहायता मिलने को या सकते हैं।
- 5) मैं इस बात से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में उल्लेख किया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्ण या आंशिक, के लिए किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और नहीं ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

- 1) By affixing the signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize up-to/extend 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.
- 3) इस बात से मैं सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में उल्लेखित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, सहायकों द्वारा उद्देश्य से मुझे परिचित करने और जानकारी के लिए किसी भी दूसरे माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मदद लेने के लिए "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, सहायकों द्वारा उद्देश्य से मुझे अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मदद लेने के लिए "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, सहायकों द्वारा उद्देश्य से मुझे अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं की उंगली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (रिजल्ट द्वारा कथन):

By affixing hereunder, signature of an Authorized 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 procedure/case, as we are receiving financial 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 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 procedure/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only in the form of a grant. 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत हस्ताक्षर को अंगीकार करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि हमें वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता मिलने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले रहे हैं, क्योंकि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मिलने के लिए सिफारिश की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य से मुझे मदद नहीं मिलती है, तो हमें अपने आपसे या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रक्रिया में हमें उद्देश्य से मदद लेने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने के लिए अधिकृत है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल एक बार ही मिल सकती है। हमें यह उद्देश्य से मुझे मदद के लिए सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। हमें उद्देश्य से मुझे मदद लेने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने के लिए अधिकृत है।

Dr. ABHISHEK HANDA
MCH No - 09-35572
SIGN

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति



Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09/03/20	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व संख्या व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक हस्ताक्षर 2