

C18/11/0326

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/11/8/0829

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

12/11/2018

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ghasida Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

S/o Sukha Ram

पिता/हस्तुका का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Jafar Basti, Palam Road

Dist - Noida - Pin - 201302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre of Post of
(0829) Ghasida ram

OCCUPATION:
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 आवेदक के साथ सम्बंध
1	Charandel	60	F	Wife
2	Ram Singh	28	M	Son
3	Anam Singh	20	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMBC
	LE - P.P.
	Surgery - (RE) Sick + Tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि
1	SCPH	

200902/14/11/14

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਕੁਮਾਰ ਬੀਰ**

- 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 liable for rejection/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 requested by me.
- 3) 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 यहाँ पर कतल है कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता ली "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में पत्राचार है।
- 3) मैं यहाँ पर कतल है कि विषय सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, इस परीक्षा का अधिकतम या संभव हिसाब किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही अधिकतम ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसका या कोई भी अन्य साधन, मैं (अर्पक) अपनी साक्षरता की पुष्टि करता हूँ या "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, साक्षात्कार, मुद्रित, इत्यादि से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सामान्य से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे नहीं। साहाय्य का इकाय नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपका मे इम्प्रेसन का अंश है या निराश



AGREEMENT by HOSPITAL (TIPDIT DU WOI)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 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.
- 2) 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.
- इससे अधिकतर, इसकाही की ओर से चान्सेलरी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमself और न ही परिवार में वित्तीय सहायता किसी और साक्षरी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उधार लेनी/चानसेलरी में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवेदन/निवेदन उधार के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य और साक्षरी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तित्व वित्तीय प्रदान उधार लेनी/चानसेलरी हेतु किसी और साक्षरी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी/चानसेलरी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। लेनी का हमself द्वारा ही मैं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हमself को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हमself में लेनी के इशारे सुरक्ष और अपने अपने को चानसेलरी निवेदन/निवेदन उधार के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- Dr. Anshu's Eye Care

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संलग्न

Dr. Ashwini Kumar

DR. ASHWINI
MBBS, MS, FICO

Rev. No. 86028

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

[illegible]

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

नमः य एव हस्तगत अधिवृत्त अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE:

न्यासी इमलाभार १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पुष्पमौ वसन्तव्याम् ।

Exempt

Sc 28

09.08.2018

