

C191010441

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0619/1024

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

30/01/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Omavati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Chandan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Kaliyaji

Beswan

Distt - Aligarh, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 लगावे)

Yes / No

हां / 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 सम्बन्ध
1.	Hajaru Lal	67	M	Husband
2.	Girnaraj	40	M	Son
3.	Lokesh	38	M	Son
4.	Rajesh	36	F	Daughter
5.	Rajni	34	F	Daughter
6.	Rajmala	32	F	Daughter
7.	Rajshree	30	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोक्ता 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 - HYPERMATURE SENILE CATARACT
	LE - IMSC
	Surgery - (RE) STCS + IOL

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 ली गई सहायता राशि
1	SETH	



Pre op Postop
(1024) Omvati

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, if any, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तव पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ जो सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल विरुद्ध किसी अन्य प्रोत्तियोगिक/व्यावसायिक कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में ली जा

AGREEMENT by APPLICANT (3035K 000 0000)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोत्ति है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चार, पाचपाच दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोत्ति है जुड़े स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेख को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करें कृपया)

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.

इसके अतिरिक्त, हस्तशरी की ओर से मामलों/पेशी को "कोर्टिका फाउन्डेशन" से विधिप सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे इन (हस्तशरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में कितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से उक्त ऐंगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवारण/कितिय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता कितिय अतिरिक्त/सहाय हेतु मंगत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरण उक्त ऐंगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल कितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हममतल द्वारा यी गई सहाय या कितिय गये उपचार/प्रक्रिया का पुरान ऐंगी एवं हममतल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हममतल में ऐंगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सभी दिशानिर्देशों/सिफारिशों/हममतल की होती और "कोशिका" को कोई प्रतिक या क्षति/हानी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 65028

Turner

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद इस्पताल अधिकाृत अधिकाृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपचार हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इतरांना २

Sufeng

Rich