

C19/02/0181

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0219/1131

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sujan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

75

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

Durga Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Bury, PO - Bherwa Kheda

Dist - Mathura, UP 201204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

SAME as above



Preop Postop

(1131) Sujan Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई 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 चिह्नन लगायें)

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 से संबंध
1.	Sumwati	65	F	Wife
2.	Jagdish	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	LE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (RE) Phaco + 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 सी गई सहायता राशी
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इत घोरत घर)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इस प्रारूप को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की रिफंडेशन नहीं की है और नहीं भी करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत घोरत)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, उन्हें "कोशिका" दान, प्रचार, प्रचारण के लिये उपयोग में कर सकते हैं। इससे पहले या बाद में मेरी उपस्थिति और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचारण में उपयोग करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा या किसी भी प्रकार के पत्रों या पत्रों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के इस्तेमाल में लाया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, प्रचार, प्रचारण के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

सुनील

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इत घोरत)

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 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं:

- 1) कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में हम घोषणा करते हैं कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिये ही किया जा सकता है। हमारे पास हस्ताक्षर करने वाले किसी भी व्यक्ति के लिये सहायता के लिये कोई भी अधिकार सुरक्षित है। हमारे पास हस्ताक्षर करने वाले किसी भी व्यक्ति के लिये सहायता के लिये कोई भी अधिकार सुरक्षित है।

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No. 58417
Sign. *Priya*

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सिफारिश के लिये स्वीकृत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
14/02/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पद

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf Hospital)
हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी
Dr. Shroff's Eye Care Institute
Dr. Shroff's Eye Care Institute

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur

Dr. Shroff