

019/02/0273

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

0219/1170

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/02/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Pushpa Dev

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

64

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

D/o - Mandhavi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Baguli Kamalpur

Distt - Hathnora, D.P. 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(1170) Pushpa Dev

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. स्वयं 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 निशान लगाएं)

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	Dinesh chand	40	M	Husband
2	Mohit	40	M	Son
3	Norby	36	M	Son
4	Mamta	33	F	Daughter
5	Savita	31	F	Daughter
6	Chanchal	30	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) SICCS + 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	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इग योपक यः)

- 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 योपक यः हूँ कि इस प्रकृति में दिये गये सभी विवरण सही सत्यता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं झूठ का दावा है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं योपक यः हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकृति में माग गया है।
- 3) मैं योपक यः हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इग योपक)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकृति पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शेक) योपक यः की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकृति में प्रयोग कर सकें, "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, वाचनायुक्त रूपों द्वारा व वृत्त पत्रिकाओं और प्रसारणों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकृति पर मेरे नाम के प्रयोग या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का प्रयोग अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत मैं अधिकृत हूँ उसे प्रयोग करने का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकृति में मेरे नाम और विवरण का प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या बाईं थंब प्रिंट



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इग योपक)

- 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 मजबूतीपूर्वक यह "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्त प्रकृति से मदद न ले सकते हैं।
 - 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि मैं सोच रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकृति में मदद ले रहा हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में हम दावा करते हैं कि हमारा वित्तीय मदद प्राप्त करने के लिए किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा मेरी या सहायता के लिए मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हस्पताल हस्पताल में मेरी या सहायता हेतु मेरी या सहायता की सुरक्षा और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या वित्तीयता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

- स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अर्शेक के तारीख 19/02/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No. 58417 Sign. <i>[Signature]</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छिद्र	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी <i>[Signature]</i> BHAG. Dr. Shroff's Eye Care Institute Administrative Gurgaon Distt.-Mathura
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शेक इग योपक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शेक इग योपक 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>