

19/02/2020

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0219/1176

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bal kishan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

73

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

s/o keshu, haseen Dahi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Halampur, Neeli

Distt - Kargali U.P. 201407

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



Preop Postop
(1176) Bal Kishan

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

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 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 के साथ सम्बंध
1-	Manwati	70	F	Wife
2-	Ramdas	47	M	Son
3-	Bachhu Singh	59	M	Son
4-	Chhotu Lal	36	M	Son
5-	Kamla	32	F	Daughter
6-	Vimala	31	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 - Torcented Lens
	LE - Broken Cataract
	Surgery - (LE) SICS + 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-	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय गुड सर्वोदय वर

- 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 which for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदान करता है तो मेरी प्रार्थना निम्न को भी सत्य प्रमाण प्रदान करेगा।
- 2) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से मुझे जो सहायता है, प्रदान करने के लिये इसका प्रयोग केवल उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से, जो मुझे प्रदान की गई है, या इसका कोई भी हिस्सा या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहित दो गहर)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस द्वारा मैं कोशिका है, जो "कोशिका" प्रदान कराये, दान, चिकित्सा या अन्य उद्देश्यों से मुझे कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों के द्वारा किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या किसी भी प्रकार के पत्रों या पत्रों में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता या चिकित्सा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन या इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके कर्म के अनुसार ही आपका भविष्य निर्धारित होता है।

वालीकशीन

AGREEMENT by HOSPITAL (F4908 2G 400)

By affixing hereunder, signature of our 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 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.

इससे अधिकतर, इसकादारी को सारा से सम्बन्धितों को "संविदात सम्बन्धित" से विधाय सम्बन्धित हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (सम्बन्धित) विना उपाय से समझ व प्रतीक करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित साक्ष्यता किसी भी साक्षरी घोषणा या किसी अन्य प्रकार के उपाय से संतुष्ट हो सकती है, बल्कि यह कि इनमें "कोविड-19" के विपरीत प्रतिक्रिया के रूप में "कोविड-19" द्वारा प्रसारित विभिन्न साक्ष्यताओं को संतुष्ट करने के लिए आवश्यक है।
- 2) "कोविड-19" में जो भी साक्ष्यता संवैधानिक प्रकृति की हो, ऐसी या इसका अर्थ है कि यह साक्ष्य या विवेक से उपलब्ध प्रमाणों का प्रयोग करने के लिए आवश्यक है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

*अवशिष्टजी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 डीमेगन को तारीख

119

Dr. PRIYA AGARWAL

UCL No. 0

Sign _____

Name of Dr. & Recd. No. with Stamp)

इति श्री श्रीगणेशाय नमः ॥ इति श्रीगणेशाय नमः ॥

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of _____

नाम व पद हस्ताक्षर अभिलेखित करें

१५

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संज्ञा संकेतः

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संज्ञा ३