

01/01/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 10219/1188 APPLICATION DATE: 20/02/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Chhiddi Singh AGE-YEARS: 65 SEX: M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: s/o Naranjan Singh
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Churanga, Hamthall, Dolas
DISH - Aligarh, D.P. 202174
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above



Preop Postop
(1188) Chhiddi Singh

OCCUPATION: Farmer MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 19500/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्याई खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का राज है (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 सम्बन्ध
1-	Sakuntla Devi	63	F	Wife
2-	Devendra Singh	39	M	SON
3-	Hemraj Singh	34	M	SON
4-	Neeru	32	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) वपयोग्य 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 प्रविष्टि सूची संलग्न
1-	RE - P.P.
2-	LE - IMSC
3-	Surigony - (LE) 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 राशि
1-	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am a citizen of the United States.

- 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहायता प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि मेरा नियोक्ता या बीमा कम्पनी से या किसी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to form)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आलेखक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "बोलिया काराईराय और उसके परिवार" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "बोलिया" समूह यात्री, यात्रा, यात्राकर्ता द्वारा वर्तमान से भूत की संरक्षितता और प्रभावितता के सिद्धि किसी भी प्रकार सम्भव से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार एवं हस्ताक्षर के पक्षों या पक्षों में करने के लिए "बोलिया काराईराय" व भ्राता अधिकृत है।
- 2) मैं (आलेखक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण को किसी हस्ताक्षर के वर्तमान से अधिकृत है मुझे इसी हस्ताक्षर का हस्ताक्षर पक्षी बरहा। इस सम्बंध में "बोलिया" समूह उसके परिवारों का निर्णय अधिकृत और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को प्रमाणित या अंगीत या निगम

दिनांक 16/12

AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER DO NOT)

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 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.

हमारे अभिमुख, इलाहाबादी की ओर से सफाई/परी की "कॉन्सिडर गवर्नमेंस" से विशेष सहायता हेतु निवेदन की जाती है, बिना हथ (इलाहाबाद) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (*) यह कि न तो निर्माण और न ही अधिनियमों द्वारा सहायता किसी और सरकारों को देना ऐसी-वस्तुओं में से है जो वे चाहें हैं, जैसे कि अपने "कोरिया फाइनेंस" से निम्नलिखित/विशेष उक्त के समर्थन में "कोरिया फाइनेंस" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिया फाइनेंस" द्वारा सहायता किसी अधिकाधिकतर हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य और सरकारों को देना या किसी अन्य सहायता के सहायता देने का अधिकाधिक पुष्टि रहता है। इसे पुष्टि में मदद कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मदद उक्त ऐसी-वस्तुओं हेतु किसी और सरकारों को देना या किसी अन्य सहायता के नहीं कोरिया/कोरिया।

2. "कोरिया फाउन्डेशन" से सी गैल गारावा कोषा मिलित प्रदत्त की है। ऐसी या इसका ह्रास ही नहीं जमा या किये गये अथवाप्रतिभा का सुख होनी एवं इसका से चीन का विषय है और "कोरिया फाउन्डेशन" इस विषय उच्च या कोई प्रथम की है। इसलिये इसका में ऐसी के ह्रास सुख और जाने जाने की सही विनियमों ऐसी एवं इसका की होनी और "कोरिया" की कोई भविष्य या विनियमों इस प्रकार में जो होनी।

Dr. PRIYA AGRAWAL
No. 58417

Sign. *h*

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

उपस्थित का नाम व पता/पता न मिले तो

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वोच्चको नो लिप् संस्कृति

Date of Surgery
अपेक्षित की तारीख

1.0

20/02/19

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

આચાર્યશ્રીના આશ્રિત સંસ્થાઓ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्त्येष्टि उपचारों में

SIGNATURE of TRUSTEE:

महोदय !

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायः इत्युक्तम् २

Self

09.08.2018