

019/04/0203

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : V/0419/0006 APPLICATION DATE : 09/04/19
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Jagdish AGE-YEARS आयु-वर्ष 64 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ram Sahay
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Airakherda, Raja
Distt - Mathura, V.P. 281204
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : Former ☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय
TOTAL ANNUAL INCOME : 1800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (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 निशान 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	<u>Kamlesh</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Kailashi</u>	<u>31</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Vandha</u>	<u>29</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
4	<u>Kadha</u>	<u>26</u>	<u>F</u>	<u>"</u>
5	<u>Madhu</u>	<u>23</u>	<u>F</u>	<u>"</u>
6	<u>Seema</u>	<u>20</u>	<u>F</u>	<u>"</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती 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 दृष्टी संलग्न
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>LE - IMSC</u>
	<u>Surgery - (E) Phaco + IOL</u>

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 राशी
1	<u>SCCH</u>	



Preop Postop
(0006) Jagdish

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ड्रा फोरम पर)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन साबित पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं ड्राफ्ट को सहायता एग्री "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का अर्थिक या सफल निरस्त किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ड्राफ्ट कर)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा न्यासी, चयन, सफाया/प्रकाशित करने के लिये उद्देश्य से मुझे सहायता/अनुदान के लिये प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के फलस्वरूप या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता/अनुदान का इस्तेमाल नहीं कर सकें। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी को निर्णय अंतिम और सफाया/प्रकाशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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 समझौते/एग्री को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से लाभ व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त एग्री/सहायता से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अर्थिक/सहायता हेतु प्रदत्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त एग्री/सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता के लिये मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में एग्री को हस्ताक्षर प्रदान और अपने अपने को गंभीरतापूर्वक लेने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या विनियमन इस मामले में नहीं होगी।

Dr. ABHISHEK HANDA

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

10/04/19

MCI No.-09-35572

Sign.....

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील व

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2