

DEL-C-19-08-559D

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.: DE40819/0018

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28th Aug 2019

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Prem

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

Female

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Sohan

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 984 Vill:-Dhadhan Tehsil Baraut

Dist:-meerut

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता


 Preop Post op
 (0018) Prem

OCCUPATION:

व्यवसाय

farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सत्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मामल हो उस पर सही का निशान लगावे।)

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	Sohan Pal	42	male	Husband
2	Sanjay	45	male	Son
3	Ajay Kumar	40	male	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सत्य अन्य 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 :- Senile Cataract
	LE :- Senile Cataract
	Surgery :- (LE) Phaco + PUDL

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, if any, 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 सोचता था कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस में सहायता राशि "कोशिका आन्दोलन", से ले रहा हूँ।, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आर्थिक या सकल हिस्सा किसी अन्य शोध/विशेषज्ञ/बोना कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविष्टि में लुप्त।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक द्वा कर्ता)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (हस्ताक्षर) अपनी सहायिता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि वेरा गान, पाठ, चोटों और जो विषय इस प्रश्न में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" दबाने, नष्ट, याचनाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रमोत करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विषय जो इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ज्यादा अधिकृत है।

- 2) ये (आवरक) इस बात से सहमत हैं कि गंगा, यमुना, खंडो और विहार में कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसिद्ध है मुझे मालूम: सहायक का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "संश्लेष" एम्पू इसके अर्थों का निर्णय नहीं और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (एवमहि एडु कल)

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 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.

1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम को ही शिक्षा का अधिकार है। शिक्षा का अधिकार एक निरन्तर प्रक्रिया है, जिसे हम (हमप्रत्यक्ष) विभिन्न प्रकार से माध्यम से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य श्रोत से उक्त टोपी/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को निषेधित/विनियमित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय साधन/सफल हेतु मंगत नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा वित्तीय मंदर उक्त टोपी/पायल हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेया/लेयी।

2. "कॉलेजिका पायजेन्सन" से तो यह साफ़ साफ़ सिद्ध हो चुकी है। ऐसी नर हमसलत इस चीज़ का मतलब यह किने गये उनका/प्रक्रिया का पुराना ऐसी एवं हमसलत से बीच का रिश्ता है और "कॉलेजिका पायजेन्सन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमसलत में ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी विध्वंसनी ऐसी एवं हमसलत की होती और "कॉलेजिका" की कोई भूमिका या विध्वंसनी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

29/Aug/29

DMC No. 5541

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा, य.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
राम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: इमला ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्ती इत्यादि २

Rich