

C1910810082

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 108191031 APPLICATION DATE : 05.08.2019
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Ilam Singh AGE-YEARS आयु-वर्ष : 66 SEX लिंग : M
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Arjun Singh
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
House No. 114 Vill - Shimlana
Post - Shimlana Tehsil - Rampur mahiwarah
Distt. Saharanpur Uttar Pradesh 247413

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Id. Above



Pre Op Post op
 031 Ilam Singh

OCCUPATION : N/A MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 42,000 (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) N/A

PAN No. स्थायी खाता संख्या N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / हाँ / No / 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)	Randeep		M	Son
(2)	Sahvan		M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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
(1)	Diagnosis - RE Pseudophakia LE T.M.S
(2)	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: (अर्शेक डुर धेरस 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 which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मुझे मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डुर धेरस)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा मौखिक, दूर, साक्ष्यिक, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्च से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्शेक से दिये जा रहे हैं, उनका उपयोग इस प्रकार नहीं किया जा सकता है कि "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के प्रसारित कर दिया जाए। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा ली गई सभी निर्णयों और फैसलों को स्वीकार करना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप

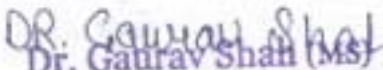

(R)
sejy



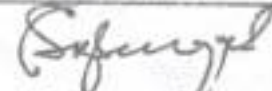
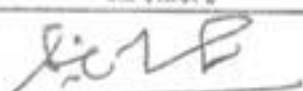
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डुर धेरस)

- 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 यहाँ पर दिये गये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान से याचन व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु अर्शेक के अर्शेक में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में हम यह कहना चाहते हैं कि सहायता प्रदान करने हेतु हमें सहायता प्रदान करने की सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता हमें वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्ताक्षर डुर ही सच प्रकृत व सच गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमें सहायता प्रदान करने के अर्थ में हमें सहायता प्रदान करने की सारी जिम्मेदारियाँ हमारे एवं हस्ताक्षर की होती हैं और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery अर्शेक का तिथि 05.08.2019	Dr. Gaurav Shah  (Reg. No. 140-87302 Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	VIVEK RANA  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shree's Charitable Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	---