

C1910810423

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C/0819/089		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 23/08/2019		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Vimla Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 52	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम Lolo Ram Kumar				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Vill - Bhusupur Post. Rampur Mauhahan, Tahsil - Rampur Mauhahan Distt. Saharanpur Uttar Pradesh 247451				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) N/A		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 61,000		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें) N/A		
PAN No. स्थायी आयकर संख्या N/A				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं? (को 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	Ram Kumar	60	M	husband
2	Vipin	28	M	son
3	Nitin	35	M	son
4	Manoj	31	M	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) उपभोग्य 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			
1	Diagnosis - RE - Total Cataract LE - IMC			
Surgery - RG - SICS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सही गई सहायता राशी		
1	SCCH			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं चरम अवश्य सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरास्य होगी।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्यों के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पद पद है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, इस दवा के अतिरिक्त या सहायता बिना किसी अन्य प्रोडिगिबिलिटी/वैद्यकीय कम्पनी से न तो लिया है और न ही लिये जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will be with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ। मैं, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, कभी-कभी दूर-दूरस्थ से दूर-दूरस्थ और वित्तियोगों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पक्षों या कर मे कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उसे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

RH
23/08/2019

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation (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, requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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. The 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 patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु विपरीत की जाती है, किने इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करता है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में होने या ले रहे हैं, यदि कि हमने "कोशिका" से सहायता/वित्तियोग प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/वित्तियोग हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उभार लेगी/करने। और सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं ले-कर-लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तियोग प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इलाज सुचारु और अपने-आपे की गति जारी निम्न-गति लेगी एवं इस की होगी और "कोशिका" को कोई दूषित या बिम्बेकारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Gaurav Shah (MS) DR. Gaurav Shah (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	VIVEK PANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shr... (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--