

C19/09/0111

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/0919/0562APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 09/09/19NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Rajveer Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष 69

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्भ का नाम

Lal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता

Vill - Narayani, Post Mahant

Dist - Kashi V.P. 202401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pic of Post of

(0562) Rajveer Singh

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)
(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 सत्य हो उस पर सही का निशान लगायें)Yes / No
हां / 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.	Premkanta	67	M	wife
2.	Durgesh	44	M	SON
3.	Desandra	41	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - IMSC
	IE - IMSC
	surgery - (16) 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 ली गई सहायता राशि
1-	SCH	

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा यह:**

- 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 योध्य करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतया गलत या झूठ साबित होता है तो मेरी उपायगत निवृत्ति की जा सकती है।
- 2) मैं योध्य करता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत, जो इस प्रमाण में मांग किया गया है, उसका उपयोग इस उद्देश्य के पूर्णतया उपयोग के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में मांग किया गया है।
- 3) मैं योध्य करता हूँ कि मैं इस उपायगत के लिए या अन्य किसी भी स्रोत, या अपने स्वामी या अन्य किसी भी स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो इस उपायगत के और न ही अधिकार के लिए।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतः स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pull-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 any 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 का अपने हस्ताक्षर का अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदारक) अपनी सहमति भी पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके प्रबन्धी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दान, प्रचारप्रसार करने उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों के बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदारक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता प्राप्त करने का हक्क नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिए किया गया और माध्यमों का प्रयोग

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेकन के इच्छाए या अंगरेज का निग्रह

राजाजीर

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कानून)

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.
- 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.

इससे अधिकतर, कलाकृति की रंग से मानसोपलब्धि की "बोतलका फाइनटेमन" से विविध सहायक हेतु विकसित की जाती है, जिसे हम (सहायक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही व्यक्ति में शिक्षित सहायक किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थित से उच्च शैली-पत्रों में होने का कोई है, जैसे कि हमने "कोशिका फायदेना" से शिक्षित/शिक्षित उच्च के सम्बंध में "कोशिका फायदेना" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फायदेना" द्वारा सहायक किसी अधिकार/कर्म से अनुप्राप्त नहीं कि जिस बात है तो सम्बंध किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से सम्बंध होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बात यह है कि सम्बंध शिक्षित मंदर उच्च शैली-पत्रों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना-देना।
2. "कोशिका फायदेना" से ही न तो सहायक संस्था शिक्षित प्रवृत्ति को है। ऐसी प्र इस्तेमाल द्वारा ही न तो सहायक या किसी नवी इस्तेमाल/प्रवृत्ति का प्रयोग होने प्र इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फायदेना" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयोग नहीं है। इसीप्रति इस्तेमाल में ऐसी के इस्तेमाल सुरक्षा और अपने अपने की प्रवृत्ति शिक्षित होने प्र इस्तेमाल की प्रवृत्ति और "कोशिका" की प्रवृत्ति शिक्षित या शिक्षित/प्रवृत्ति इस प्रवृत्ति में नहीं प्रवृत्ति।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

एकैकांती के लिए संस्कारिता

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/09/19

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572
Sign. Name of Dr. & Regn. No. with Stamp

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
डा. वि. प्र. शिंदे

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपचयन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्तकर्ता २

John