

C19/09/0129

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 1/0919/0569
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09/09/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Premvati
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 64
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bhagwan Sahu
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Chhinpaswai Bahagan

Distt - Mathura, U.P., 281003

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pic of Post of
(0569) Premvati

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Mr. Chhinpaswai	late	M	Husband

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) 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 किसे गये निपटी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cortical Cataract
	LE - Cortical Cataract
	Surgery - (RE) 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 सी गई सहायता राशि
1-	SCH	

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 यहीगण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मेरी झगद की सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र गरा है।

3) मैं यहीगण करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकत किसी किसी संगठन/रोडियो/कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायि की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फराहदेरा और उसके न्यासीयों" का अंगीकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "बोशिका" एवम् न्यासी, चार, साधारणतः दूसरे उद्देशों से जुड़ी गतिविधियों और वारदातियों के लिये किसी भी प्रकार साक्ष्य से इलाजित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "बोशिका फराहदेरा" व न्यासी अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से साक्ष्य हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: साक्ष्य या इतराज नहीं बनता। इस संबंध में "बोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके पास जो जानकारी है उसे हमें साझा करने का निमन्त्रण

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकांश, भारतीयों को और से सम्बन्धितों को "बर्हिना पायन्डेशन" से विशिष्ट सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से अन्य व समीक्षा करते हैं:

(1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही पश्चात्त में विहित प्रावधान किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से इसका संग्रहीतकरण हो सके या हो पाए है, जैसे कि हमने "अधिकांक प्रारंभिक" से विकसित/विनिर्मित इसकी सामग्री में "अधिकांक प्रारंभिक" का उल्लेख देखा कि है। यदि "अधिकांक प्रारंभिक" का उपयोग किसी अधिकांक/संग्रह हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस श्रृंखला में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता विशेष रूप से इस संग्रहीतकरण हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन को नहीं लागू/लेगी।

[illegible]

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 10/09/19	Dr. ABHISHEK HANDA MCI No.-09-35572 Signature (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तेमाल व एंज. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

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