

C19/10/0334

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Mock of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : C/101910235

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 17.10.2019

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Karam Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष 73
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम Sh. Bundi



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
House No. 223 Kamhela Gansoh
Post Gansoh Tahsil Makudi Distt
Sahawalpur Uttar Pradesh 247341

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
IAS Abad

OCCUPATION :
व्यवसाय Karam

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 65,000

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न) N/A

PAN No. स्थायी आय संख्या N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (दो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes/No हा/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)	Urmila	60	F	Wife
(2)	Sandeep	22	M	Son
(3)	Rajendra	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रकम 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गरीबी किस्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnostic - RE - MAF Card IC - PP
(2)	Surgery - RE SICS FIAL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशि
(1)	SCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा पर):

- 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.
 - 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.
 - 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा घोषणा नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस घोषणा पर "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका इस्तेमाल यही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता हेतु अब अर्पण नहीं कर रहा हूँ, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो निरस्त है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करण)

- 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.
 - 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 प्रकरण पर अर्पण इत्यादि का अंशों की द्वारा सहायता, मैं (अर्पक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषणा है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, साक्षात्कार द्वारा अर्पण से कुली गतिविधियों और सहायता के लिए किसी भी प्रमाण मांगने से इत्यादि करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका विवरण मेरी प्रकरण के अंशों या अर्पण के अंशों के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्पण से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंशों का निरूपण

Handwritten signature and a purple thumb impression.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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:
- 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.
 - 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से चर्चा न स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करने या लेने का ले रहा हूँ, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त कर दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उम्मीद करने हेतु किसी भी सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। कोई भी हस्पताल इससे नहीं सहायता या निर्णय लेने सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेती एवं हस्पताल को भी सहायता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में कोई भी हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने अंशों की सही जिम्मेदारी लेती एवं हस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

VIVEK RANA

Administrator

Dr. Shrotri's Charity Eye Hospital

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यस व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
17.10.2019

Dr. Abhay Gupta (M.D. DNB)
DR. Abhay Gupta
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

Handwritten signature of Trustee 1.

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Handwritten signature of Trustee 2.