

Del-19-10-0448

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

Del/19/0037

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

2019-10-09

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Harpal Singh

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

71

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Ajah Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nangal, Baghapat Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Pre Post
0037
Harpal Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA.

PAN No. स्थायी 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 चिह्न 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 सम्बंध
1-	Bede	60	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे ड्रॉपल पत्र (ड्रॉपल पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग ड्रॉपल पत्र (ड्रॉपल पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (ड्रॉपल पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE:- Senile Cataract
	LE:- Simple myopic Astigmatism, Presbyopia.
	Surgery:- (R) Phaco + PUD.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, 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 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 सत्य बयान असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जाएगी।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से सौंपे जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना न्यायिक हेतु यह प्रपत्र जो पत्र है, उस पर किसी भी प्रकार का भुगतान या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में

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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रपत्र में दीये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा मंचनी, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन के माध्यम से या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मेरे नाम का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न मंचनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी रखने में उपयोग है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोक्तों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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, 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.

- 1) हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहाय्य व स्वीकृत करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित न्यायोक्त/न्यायोक्त हेतु अनुमति नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार का भुगतान या सहायता नहीं करेगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सौंपे गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही गैर सहाय्य या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने अपने की गयी जिम्मेदारी सौंपी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Gaurav Bhatnagar
DOMS, DNB
Comprehensive Ophthalmology
Ganga Eye Hospital, Delhi

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और रजि. नं. के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर, अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]