

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.: V/1119/0004
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/11/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bhav Singh
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 71
SEX लिंग: M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Popatl Singh
पिता/हस्तुय का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवाससंग पता

Tanapur, Tamarkhya

Distt - Aligarh, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवाससंग पता

same as above

Preop Postop
(0004) Bhav Singh

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थान ज्ञात संज्ञा

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उत पर कड़ी को निशान लगाय)

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)	<u>Madni</u>	<u>70</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
(2)	<u>Poppu</u>	<u>45</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
(3)	<u>Nishanjan</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
(4)	<u>beetam</u>	<u>40</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
(5)	<u>Shankah</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे आण पर (प्रमाण पर को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनसंख्या का प्रमाण पर (प्रमाण पर को छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पर को छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये लिकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>LE - IMSC</u>
	<u>Surgery - (RE) Phaco + IOL</u>

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 ही गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अव्यक्त द्वारा संस्था पर:-
 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, if any, 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 यथा सत्य है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया गया होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यथा सत्य है कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सहायता प्राप्त की है। इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रस्तुत किया है।
 3) मैं यथा सत्य है कि मैंने इस सहायता से पूर्व कहीं भी प्रार्थना की नहीं है, इस बात का आशय या लक्ष्य किसी अन्य प्रोडक्ट/विक्रेता/बीमा कम्पनी, से न हो गया है और न हो सकिये में सक्षम।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्तव्य)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के दायाँ छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" द्वारा, कक्षा, गान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसके द्वारा विवरण मेरे प्रश्न को पहले से चरम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वामी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रस्तुत है मुझे स्वतंत्र सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा स्वामी स्वामी का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य)

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 any other 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 arrangements 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यथासंभव मेरी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) केवल प्रकृत से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या हो रहे हैं, जहाँ कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनाश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकृत हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आविष्कार/कृत हेतु भन्सार नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय प्रकृत हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही कोई प्रकृत न किया गये उद्देश्य/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकृत नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रकृत सुरक्षा और आने वाले को सभी जिम्मेवारी लेने एवं सिफारिश की होगी और "कोशिका" को कोई प्रकृत या जिम्मेवारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No. 58417

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.



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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

[Signature]