

VRM-C-19-12-0/32

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

✓ 1219/0823

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 03/12/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Geeetam Singh

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Murali Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Muzulpur - Phagan

Distt - Agrewa, U.P. 223201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



front view profile

(0823) Greetam Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षय संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 संबंध
1	Poornima	68	F	wife
2	Shyamaben	3	M	Son
3	Hukunt Singh		M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	LE - JMSC
	RE - JMSC
	Surgeng - RE SJCS 701

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 ली गई सहायता राशी
1	SCEH -	

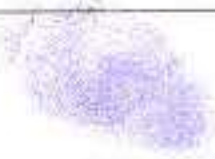
DECLARATION by APPLICANT (अर्थरक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का अधिक या सफल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थरक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थरक) अपनी सहायता की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयो'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'न्यासी, दान, वित्त/पत्राचार द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे अपने या किसी और द्वारा मेरे पते या नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का उद्देश्य नहीं बनना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यासीयो' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 अर्थरक के द्वारा/पत्र 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीके में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के प्रमाण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/असफल हेतु पत्र-पत्र नहीं किया जाय है तो असाफल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पक्ष में स्पष्ट कहा जाता है कि असाफल द्वितीय परत उक्त रोगी/रोगीके हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सी सी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने को सभी सम्बन्धित रोगी पर हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को उद्देश्य भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>04/12/19</p>	<p>Dr. Priya Agrawal M.B.B.S. in Ophthalmology Reg No. [Signature] (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p>[Signature]</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p>[Signature]</p>
---	---