

VRN: C-19-12-0128

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **1219/0829**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **04/12/19**
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT: **Cangrahar**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **50** SEX **M**
आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **Khachchu**
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान अवासीय पता**
Thak Sumara Shahadpur Sonar
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS **स्थायी अवासीय पता**
Dist - Mathura, D.P. 26/206
same as above

Recd Postop (0829) Cangrahar

OCCUPATION: **farmer**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **19000/-**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्वास्थ्य 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	Lata	49	F	Wife
2	Vijay	25	M	Son
3	Sanjay	23	M	Son
4	Sashi	21	F	Daughter
5	Changlata	18	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (आय पर की जाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय पर की जाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

***PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE:**
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	LE - TMGL
	RE - P.P.
	Surgery - (LE) STCST JOL

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 कौी गई सहायता राशी
1-	SCHEH-	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्सेक द्वारा करण)

- 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 such 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतया असत्य पाया जाता है तो मेरी अर्सेक निरस्त की जा सकेगी।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रपत्र में पत्र पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु यह प्रपत्र मैंने नहीं है, इसका प्रति या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वारा करण)

- 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/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 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 का निशान देकर, मैं (अर्सेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके, मन, मानना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के परतु या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न जायेगी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है पूर्णतया सहायता के हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

गंगाधर

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 अधिकृत, हस्ताक्षर करने और से मान्यता/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न करीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी दूसरी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं; जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनये उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनये सिफारिश/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या विनये एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और जाने जाने की सुरक्षा विनये रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या विनये/सुरक्षा इस मामले में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>04/12/19</p>	<p>Dr. Priya Agrawal M.B.B.S. Ophthalmology (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized 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 नयासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नयासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---

