

URN-C-19-12-0219

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1219/0853

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06/12/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chandrea Vati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Bhoop Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Kas thayer, Gauraha

Distt - Aligarh, U.P., 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

P.O.P Post op
(0853) Chandrea
Vati

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य 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 लगाये)

Yes / No

हाँ / 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	Tekharaj	67	M	Husband
2	Kamlesh	39	F	Daughter
3	Vimlesh	36	F	Daughter
4	Aayun	34	M	Son
5	Lakhan	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RI - JMSU
	IP - JMSU
	Singany - (RE) Phacat JMC

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 ती कई सहायता राशी
1	SECH-	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक 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, if any, void 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 सचेत जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन सत्यता प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रारूप में उल्लेख की शर्तों के अंतर्गत ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले चुका हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोक्त, दवा, चिकित्सा या अन्य उद्देश्य से मुझे प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए किसी भी प्रसारण माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य में प्रसारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोक्त का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)

अर्शक के 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामलों/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे 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 सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अन्य स्रोत/संगठन से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/संगठन से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा गया है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्रदान करने/प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उचित का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सही जिम्मेदारी पूरी हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p>DR. P. S. ... M.B.S., M.F. Ophthalmology. Reg. No. - 51</p> <p><i>(Signature)</i></p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
---	---