

URN-C-19-12-0367

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/12/19/0864
APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 06/12/19

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Nattkhal
AGE-YEARS आयु-वर्ष 81
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुका का नाम Daulatram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
H.No. 379, Panchoyat Ghayke pos, Sewan, Noida No. 3

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Distt - Bhaoli, Rajasthan, 321203

Same as above.



Post of (0864) Nattkhal

OCCUPATION: व्यवसाय Unemployed
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय NA
(Attach Proof of Income) (आय का सत्य प्रमाण) NA

PAN No. स्वयं छात्र 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 सम्बन्ध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| 1 | Munibai | 80 | F | wife |
| 2 | Naveen | 57 | M | Son |
| 3 | Mohd | 55 | M | Son |
| 4 | Kaaveem | 53 | M | Son |
| 5 | Sakila | 51 | F | Daughter |
| 6 | Saemila | 48 | F | Daughter |
| 7 | Shushila | 46 | F | Daughter |
| 8 | Shayh | 43 | F | Daughter |

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

| | | | |
|---|---|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 प्रमाण |
|---|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जहाँ की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|--|
| | RF - JHSC |
| | IF - JHSC |
| | Surgery - (RI) STCS + IOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि |
|---------------------|---|---|
| 1 | SCPII- | |

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाला)।

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लियर एवं कठोर उद्देश्य प्राप्त है तो वेही उद्देश्य प्राप्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी भी मदद है, केवल उद्देश्य को पूरित करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी तरह से, या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न कोई रिफंड है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 (आवेदनकर्ता) अपनी स्वीकृति और पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य में प्रेषित हैं, जहाँ "कोशिका" एम्प्लॉयर, दाता, प्रायोजक या दूसरे उद्देश्य से मुझे कतिपय और उपायों को लिये किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उद्देश्य के पक्ष में या मेरे पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित किया जाता है।
 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे इस: सहायता का उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर, उदाहरण के लिए और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Leet Lal

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल करने वाला)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपस्थितियों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने वाले किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ली जाएगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत हुए सभी सहायता के विषय में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें रोगी के हित में सहायता और अपने लक्ष्यों को पूरा करने के लिए हस्पताल को पूरी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
07/12/19

Dr. P. Singh Agrawal
M.B.B.S. Ophthalmologist
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व-हस्ताक्षर के साथ "ने"

[Signature]
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]