

VRN- C1068

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1219/0870

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/12/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jal Dei

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Harvi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान अवासीय पता

Audhwarda - 5th, Bangalore

Distt - Hathnagar, U.P. 281406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Roe op Post op
(0870) Jal Dei

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व 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	Roopal	54	M	Husband
2	Maharajen	34	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) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSC
	EE - JMSC
	Surgany - (RE) STC + 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 लौ गई सहायता राशी
1	SCCH-	

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा बयान):

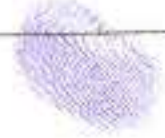
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यथावत बयान दे रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस पर अत्यन्त सख्त "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बयान किया है।
 3) मैं यथावत बयान दे रहा हूँ कि बिना उपाया हेतु यह प्रबंधन की नहीं है, उस प्रति का व्यय या खर्च किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा सहमति)

- 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/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 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 is the regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मैं जिसके लिए इस मदद में प्रार्थित हूँ, उसे "कोशिका" एल्यू न्याताओं, दान, वास्तविक दान, उत्सवों से जुड़ी पहचानियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे उपाय का निवारण मेरे इलाज के खर्च या खर्च में मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न न्याताओं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवारण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे स्वतः सहायता पर हस्ताक्षर नहीं करता। इस अर्थ में "कोशिका" एल्यू उपाय न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान.



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा सहमति)

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 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 की और से पाण्डित्यों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिले हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी के अलावा संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में ली जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के अर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने अधिकृत/असमर्थ हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सिफारिश/सिफारिश उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता/सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मदद सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया को सुनिश्चित ही एवं हस्ताक्षर के बीच का निवारण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। प्रसिद्धि हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुलभ और शरीर को सही दिशा/दिशा में ही हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या दिशा/दिशा इस अर्थ में नहीं होगी।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिये संस्तुत

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 10/12/19

DR. Priya Agrawal
 M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
 NO-28117
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 स्वामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 स्वामी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]