

URN-C1076

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1219/0876

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/12/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Yasin

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

51

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुप्य का नाम

Noor Mohd

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No 325, Chali - Akhaurigan, Meerut Distt - Mathura, U.P., 281001

Distt - Mathura, U.P., 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above.

Preop Postop
(0876) Yasin

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

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 लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बंध
1	Nazma	50	F	Wife
2	Kasim	27	M	Son
3	Hasim	25	M	Son
4	Rasheed	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किति 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) व्यपेक्षित कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - MISC
	RG - JMSC
	Surgery - (LB) S.C.S + 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 ली गई सहायता राशि
1	SCH	

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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में विषय को सही विवरण में जानकारी के अनुसार उत्तर एवं सही है। यदि कोई गिरफ्तार एवं कथन असत्य प्रमाण प्रस्तुत है तो सारी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कदापि नही या भविष्य में नहीं, उक्त धरित का अर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वयंसेवक को घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दाता, आयोजकों द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों को पूरा करने या बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस पर भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है पूर्ण स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हमारा/हमें जो आगे से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता के लिए या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अर्थिक/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अल्पता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकृत अधिकृत रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पता विवरण प्रदान करने सहायता हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा सकता है। उक्त पर हस्पताल द्वारा जो भी उल्लेख या विवरण उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए प्रदान की जायेगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार से कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेनी के इरादों सहायता और आने जाने की सारी जिम्मेदारियों को हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारियों प्रदान करने में नहीं होगा।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
10/12/19

Priya Agrawal
M.D. Ophthalmology
(Name of Dr./& Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
[Signature]