

URN-C-19-12-0652

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No.: V/1219/0887
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/12/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Nathali

AGE-YEARS आयु-वर्ष 73 SEX लिंग F



face of post of
(0887) Nathali

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम का नाम Chandha Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Vill- Kumpur, Bangari, Shergaon

Dist- Mathura, U.P. 281404

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above.

OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA

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

PAN No. स्वयं ज्ञाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Bahadri	73	M	Husband
2	Ramdev	49	F	Daughter
3	Poonam	46	F	Daughter
4	Ajay	43	M	Son
5	Rajendra	41	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) रबीबी रेखा 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 सबूत
---	---	---	---

"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
	RE - IMSC
	EE - IMSC
	Surgery - (RE) SICS + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिखा गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
3	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इतरे करत)

- 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 कबल कहूँ कि इस प्रपत्र में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कबल असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ कबल कहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में धारण है।
- 3) मैं यहाँ कबल कहूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजा है, उस उद्देश्य के अतिरिक्त या सहायता हेतु किसी अन्य प्रायोजक/व्यक्तिगत कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इतरे करत)

- 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/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 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 अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने सहयोगी को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधीन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" प्रपत्र, न्यायोधीन, पत्र, या अन्यथा द्वारा उद्देश्य से मुझे सम्बन्धितों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रेषित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या नाम से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यायोधीन अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रपत्र में "कोशिका" प्रपत्र उक्त न्यायोधीन का नियंत्रण करेगा और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इतरे करत)

- 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 को और न तो सहायकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायकारी किसी और सहायकारी सहायता या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अतिरिक्त/अन्य सहायकारी नहीं किया जाता है तो अस्तित्व किसी अन्य सहायकारी सहायता या किसी अन्य सहायकारी से सहायता हेतु का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्तित्व द्वितीय सहायकारी सहायकारी हेतु किसी और सहायकारी सहायता या किसी अन्य सहायकारी से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद सहायकारी वित्तिय प्रकृति की है। हमारे पर हस्ताक्षर इतरे करत है मैं सहायकारी वित्तिय सहायकारी सहायकारी का चुनाव करने पर सहायकारी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में सहायकारी के इलाज सुरक्षा और अपने करने की सभी जिम्मेदारियाँ हैं, सहायकारी को हस्ताक्षर और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारियाँ या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
12/12/19

Dr. Priya Agrawal
M.S., M.S. 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 हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोधीन हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोधीन हस्ताक्षर 2
[Signature]