

VRN-C19-12-0511

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building trust of life

APPLICATION No / आवेदन संख्या : 5/0120/1028

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/01/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Niranjan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 56

SEX लिंग : M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सदुष्य का नाम : mularam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Vill-tpo - Arsena

DISTRICT - ARSINA, U.P. 281007

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता : same as above

Pre op Post op
(1028) Niranjan Singh

OCCUPATION / व्यवसाय : Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 19,000

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

PAN No. / आई खत संख्या : [Blank]

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

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 संबंध
1	Shyamvati	54	F	Wife
2	Kalyan	20	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 अंतर की 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 साध्य
--	--	--	--

"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
	RF - JMISC
	LE - JMISC
	Surgery - (RE) STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य से 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 / की गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक इस घोषणा पर):

- 1) I solemnly 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/employee/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" में जो न तो खरी है, उसका उपयोग अभी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/कर्मचारी/बीमा कम्पनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक इस स्वीकृति):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/advertise 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, सहायक/धर्म उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण जो इलाज के खर्च का पता में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है कुछी प्रकार: सहायता का हकदार नहीं करता: इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इस स्वीकृति):

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 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 ओर से सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 1) हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आंशिक/सम्पूर्ण रूप से नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल सिविल पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी का चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज पूर्ण और आने जाने की सार्वजनिक सुरक्षा एवं सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Ashwini Kumar
 M.B.B.S., M.S. Ophthalmology

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery / ऑपरेशन की तारीख
 13/01/20

Reg. No - 68023
 The..... Date.....
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>