

URN-C-19-12-0514

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/0120/1031 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 13-01-20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Chakhan Lal AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 68 SEX / लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: Chimman Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Vill+po - Arsena

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: DISH - ARSNA, U.P. 202007

same as Above



One of (1031) Chakhan Lal
Postop

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 251000 (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न): NA

PAN No. / स्वयं छात्रा 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 / हाँ: No / नहीं:

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	Kajju	65	F	wife
2	Kamlesh	40	F	Daughter
3	Prakash	37	M	SON
4	Premraj	32	F	Daughter

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 को छात्रा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्रा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	--	---------------------------------------

"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 सुची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	surgery - (LE) SICCS + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहां अन्य सहायता किति अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / रशि गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT - आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
 - 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.
 - 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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं कथन असत्य पाया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्णतः ही सिद्ध किया जाएगा, या इस प्रारूप में भरा गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना को नहीं है, वह उचित का अधिक या कम ही प्राप्त किया गया है। मैंने सहायता के उद्देश्य से प्रार्थना को नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use, publish, distribute, 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.
 - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में अधिकृत हैं, एवं "कोशिका" द्वारा, आधी, दान, वाचनादि द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सिद्ध करने में प्रसारण करने में प्रयत्न करेगी। मेरी प्रार्थना का विवरण को इसका उपयोग करने में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व इसके अधिकृत हैं।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त विवरणों का प्रसारण करेगी और आवश्यकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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:

- 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.
- 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, हस्ताक्षरों को और से समझते/रंगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के प्रारूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/व्यक्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया गया है तो अपवाद कि कोई अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता रोगी का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस ब्युट में स्पष्ट कहा गया है कि अलगाव वित्तिय प्रकार उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ली जायेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की ही होगी पर हस्पताल द्वारा ही सही तरह व विधि गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी/रोगी के चयन का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अन्य बातों को पूर्णतः विचारते रोगी/रोगी की शोभी और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या निर्देशिका इस संपत्ति में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Ashwini Kurn. इच्छापूर्वकता के लिए संस्तुति

Date of Surgery
आपेक्षित की तारीख

13-01-20

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Req. No - 500289
Time..... Date.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
द्वितीय हस्ताक्षर 2

[Signature]