

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building back of life

APPLICATION No: V/0120/1033
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/01/20
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Haveev Khan
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 60
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Imam Bakas
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.No-198, Mursan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: DIST- Hathras, U.P. 204101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above



Pre op Post op
(1033) Haveev Khan

OCCUPATION: Farmer

MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 190000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No: [Blank]

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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गोबी रोज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे रूप विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंध सूची संलग्न
	RE - TMSC LE - TMSC Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ली गई सहायता राशी
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT - आवेदक द्वारा बयान पत्र:

- 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 rescission/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.
- मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिझक एवं कथन असत्य पाया जाता है तो यहाँ जहायत मिलान की जा सकती है।
- मैं यहाँ जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भर गया है।
- मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी तरह से न तो भविष्य में, इस राशि का अधिक या समकालिक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
- इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पूर्ण करने एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दिये हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, सन, सचकायत द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इलाक़ा या क्षेत्र में प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बात में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे कदा: सहायता का हस्ताक्षर नहीं बंधना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

E. G. G.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:
- 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.
- हमारा अधिकृत हस्ताक्षरों को और से मान्यता/परीक्षा को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) सिर्फ इलाक़ा से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- यदि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से उदा: रोगी/रोगी से लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/परीक्षा तक के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि/अधिकृत/प्रकार हेतु मजबूती नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु उदा: रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता सहायता विधि/प्रकार की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगी/रोगी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इलाक़ा/हस्ताक्षर से रोगी को सहायता सुझा और आने वाले भी सहायता/प्रकार रोगी/रोगी को देने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Ashwini Kumar

स्वीकृती के लिए संस्तुति

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology

Reg No. - 45126

Time..... Date.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.

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



Date of Surgery
अभ्युपचार की तारीख
13/01/20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

[Signature]