

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No
आवेदन संख्या : C/0220/0428

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि 11.02.2020

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम Roshan

AGE-YEARS आयु-वर्ष 69
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/कटुम का नाम Phullu



Pre op Postop
0428 Roshan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Nagal Road Village - Gram Sahaypur
Tambhupur Post Deoband Tehsil Deoband
Distt Sahaypur Uttar Pradesh 247551

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
as above

OCCUPATION :
व्यवसाय laboury

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय 59,000

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

PAN No. पार्श्व अक्षर संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)
Yes: हाँ No: 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 सम्बन्ध
(1)	Somwati	55	F	Wife
(2)	Ashwin	30	M	Son
(3)	Chand Kishan	28	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या निमित्त का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी आवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - TMSC LE - TMSC
(2)	Surgery - RE - STCS + IOL

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 हो गई सहायता राशी
(1)	SCEM	

DECLARATION by APPLICANT: शिवेश्वर द्वारा घोषणा 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 & on-able 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 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, etc.) for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भ्रमपूर्ण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहजता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सूचित किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस उद्देश्य के लिये, उस उद्देश्य का अधिक या समतुल्य किसी अन्य संगठन/प्रायोजक/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
- 1) इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहजता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहायक्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है, मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इच्छित के अतिरिक्त या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है, उन्हें स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी को निर्णय लेना और साध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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, हस्ताक्षरी को अंगूठे से घोषित/संगीत को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

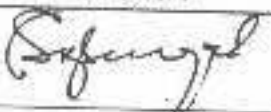
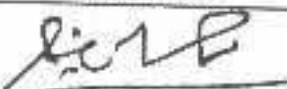
1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये वा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/संगीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आशिक/सहायता हेतु मन्त्रा को किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा इच्छित मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उपाय नहीं है। इसलिए हमारा रोगी को इच्छित सहायता और अपने करने की सारे निष्कर्षों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery अपराध की तिथि</p> <p>11.02.2020</p>	<p>DR. Ramesh Kumar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>VIVEK RANA Adminstrator Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> 
---	--