

VRN-C-20-01-1420

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



belong class of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V10220/1123

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 01-02-20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Chimman

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 72

SEX / लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Mangal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: (1123) Chimman

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: Same as Above



Pre op Post op  
(1123) Chimman

OCCUPATION / व्यवसाय: unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 21000/-

(Attach Proof of income) / (आय का प्रमाण संलग्न): NA

PAN No. / स्वामी प्रतिलिपि संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर देता है: (को मानें जो उस पर कर का विवरण लागू है):

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 सम्बन्ध
1.	Mangal	70	F	Wife
2.	Pranesh	40	M	Son
3.	Suman Singh	37	M	Son
4.	Vinita	34	F	Daughter in law
5.	Karla	30	F	Daughter in law

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रकू के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय नहीं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / दलितता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिफल सूची संलग्न
	RF - FMSC
	LF - P.P.
	Surgery - (RP) SICS+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 / ली गई सहायता राशि
1.	SCHEM	

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शिक द्वारा किया जाने वाला)**

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will be deemed my Applicant's negligence and I shall be liable for reimbursement.
- 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 seek or reimburse, in part or in full, from any other source (employer's insurance company, or the amount for which the assistance is requested).
- मैं यथा सत्यता यह कि इस प्रस्ताव में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मुझे सहायता निषेध की जा सकती है।
- मैं इस बात का ज्ञापन करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मुझे प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण निष्पत्ति के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- मैं यथा सत्यता यह कि इस प्रस्ताव में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मुझे सहायता निषेध की जा सकती है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा किया जाने वाला)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/provide/proceed with 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के निशान लगाकर, मैं (अर्शिक) अपनी उपस्थिति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रस्ताव में प्रेषित है उसे "कोशिका" प्रस्ताव, पत्र, चरित्रिकाएं द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रस्ताव का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वयंसेवा के लिए प्रेषित है।
- मैं (अर्शिक) इस प्रस्ताव से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल करने के लिए प्रस्ताव में "कोशिका" प्रस्ताव, पत्र, चरित्रिकाओं का निर्माण और संप्रेषण के लिए प्रयोग की जा सकती है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**

अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया जाने वाला)**

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this case/letter 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 now availing legal 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 a 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 mode 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.
- हस्ताक्षर/अंगुठी के निशान के साथ ही पाठ्यप्रस्ताव में "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी साझा संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त रोगी/रोग के लिए प्राप्त की जा सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाशित अधिकृत/प्रस्ताव हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु प्राप्त उक्त रोगी/रोग के लिए किसी भी साझा संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं प्राप्त होगी।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या विवरण को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव नहीं है। हस्ताक्षर के बीच के निष्पत्ति है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी अन्य साझा संस्था से सहायता हेतु सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से सहायता सुरक्षित रखता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. Priya Agrawal

अर्शिक के लिए अनुमति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
08-09-20

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

Reg. No. - 58417

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

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील, व

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिक के लिए उपयोग हेतु)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2