

VRN - C-23-04-0017

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.

V/0423/0003

APPLICATION DATE

02/04/23

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Sushila

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

69

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

Deviram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.K. 4, W.M. Schar, Schar Bangar, Baldeo,
Distt. Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop

Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

95000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगाएँ)

Yes / No

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 सम्बन्ध
1	Banna	72	M	Husband
2	Neeraj	34	M	Son
3	Priya	30	F	Daughter in Law

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) अल्प आय वर्ग 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 साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - (RE) SICS + PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 1) 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.
- 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, seek or reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन अथवा दावा ज्ञात है तो मेरी उद्देश्यक निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक सहायता को "कॉशिका फाउंडेशन" से लेने का नहीं हूँ, इससे उद्देश्यक द्वारा उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में धारा 1 में है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता को नहीं हूँ, इस सहायता का अंशिक या संपूर्ण निरास किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो भविष्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करें)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/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 it's 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.

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 is final and acceptable to me.

1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" का अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कॉशिका" द्वारा यादों, चित्र, प्रकाश/चित्र द्वारा प्रसारण या मुद्रित एडमिनिस्ट्रेशन और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह फॉर्म का विवरण मेरे उद्देश्य की पूर्ति का काम में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसे सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उनके अधिकार का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करें)**

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, in 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से वास्तविकता को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता को सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) द्वारा उद्देश्य के माध्यम से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या न हो है। जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति उक्त रोगी के संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे हैं कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश करता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा रोगी की सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रोकथाम नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के हस्ताक्षर लुप्त और करने का कोई भी हस्पताल की होती है और "कॉशिका" को कोई प्रतिकार या निष्पत्ति इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

03/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC 48540
(Name of Doctor/Signature Stamp)
Time: 11:11 AM Date: 03/04/23

(Name, Designation & Signature)
on behalf of Hospital
रोगी या रोगी हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2