

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : V/0423/0017		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 04/04/23		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Narayani		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 69	SEX / लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्भ का नाम : Bhimsen				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Nagla Baisala, Dangali Bangar, Mandi, Distt. Mathura, U.P. 281202				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता : Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 5200/- (Family)		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA		
PAN No. / सथाई खाता संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मॉन्य हो उस पर सही का निशान लगायें) : Yes / No / हाँ / नही / ☒ No				
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.	Gurukamdi	73	M	Husband
2.	Vishnu	33	M	Son
3.	Shikha	28	F	Daughter in Law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किन्ति 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 निम्नलिखित 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 राशि	
1	DBCS		2000/-	

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 rejection/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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिए गए सभी विवरण सत्य और सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पाया जाता है तो मेरी मांग/प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं "कौशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूंगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस सहायता को प्राप्त कर रहा हूँ।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं करूंगा, जिस सहायता के लिए मैं इस प्रमाण पत्र में प्रार्थना कर रहा हूँ।

1) 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can permeate 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अगर इच्छा है अर्पण को छाप लगाना मैं (अर्पण) अपनी सहायता को कुछ कहाना है एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों "को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस प्रश्न में उल्लिखित है, इस "कोशिका" फण्ड ट्रस्टियों द्वारा, वाचक के द्वारा, द्वारा में मुझे सहायता और जानकारी में प्राप्त करने को प्रकाश पत्रों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण या पत्रों के पत्रों के रूप में करने के लिए "कोशिका" फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकृत है।

2) मैं (अर्पण) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्पण में प्रसारित है मुझे नहीं, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फण्ड ट्रस्टियों ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

By affixing her/his signature of our Authorised 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 target 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 अधिस्तुत, हमलाहरी की ओर से नमस्तेरोगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिस हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते है:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी स्वास्थ्य संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वक्त सहायताओं में लेने का लक्ष्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिमय तक न सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमय अधिकाधिकतर हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमलाहरी किसी अन्य और स्वास्थ्य संस्था या किसी अन्य सम्बंधन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमलाहरी विविध मदद तक सहायता हेतु किसी और स्वास्थ्य संस्था या किसी अन्य सम्बंधन में नहीं लगे/लगेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल विविध प्रकार की है। सभी यह हमलाहरी द्वारा ही नई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हमलाहरी में रोगी की प्रत्यक्ष सुरक्षा और अपने स्वयंसेवा के लिए हमलाहरी को हमारी और "कोशिका" की कार्य अधिकार या जिम्मेदारता-इस दायित्व में नहीं होगी।

Dr. Shroff's Eye Care Institute

Date of Surgery अथवा 05/04/23	DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS (Name of Doctor, Name & Stamp) DMC-48540 Time.....Date.....	 (Name, Designation, & Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	