

VRN - C-23-04-0216

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.
आवेदन संख्या : V/0423/0022APPLICATION DATE
आवेदन तिथि 04/04/23NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम Sughad Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/कन्या का नाम Ratan SinghPHOTO PROVIDED HERE
Preop Postop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

24, Pachavari, Pachavari, Mathura,

Distt. Mathura, U.P. 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

₹2000/- (Family)

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

NA

PAN No. स्थाई खाते संख्या

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

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.	Mahendri	67	F	wife
2.	Yashraj	33	M	son
3.	Narmada	30	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के निम्न विचार 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विपत्ती 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 है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा प्रेषित है)

- 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 retraction/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 "default" 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 यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन अथवा दावा जहाँ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका इस्तेमाल उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने भविष्य में भी अपने दावों को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता की मांग नहीं की और न ही मांगने में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा प्रेषित है)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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.
 - 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, उन "कोशिका" पत्र, न्यास, दान, वाक्यांश, दूरदर्शन से हुई प्रसारणों और सार्वजनिक के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। का प्रचार का विवरण या दस्तावेज को प्रकट या प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है, पत्र, दान, सार्वजनिक का प्रचार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" पत्र, न्यास, वाक्यांश का प्रचार और सार्वजनिक प्रचार।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा प्रेषित है)

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 it's right to make up the shortfall assistance from any other 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से उपरोक्तों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस बात (हस्पताल) वित्तिय सहायता से लाभ ले ली/करने का है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी को सहायता के लिए अन्य स्रोत से उठा ली/करने में जाए या न हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा के सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं करती/करने हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय सहायता हेतु किसी भी रोगी को सहायता के लिए अन्य स्रोत से नहीं लेना/करने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकार की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का सुझाव देना एवं सहायता के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के सहायता सुझाव और अन्य बातों को हस्पताल को ही और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का दायित्व नहीं है।

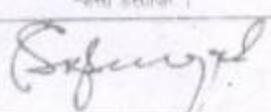
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सिफारिश के लिए संस्तुति

Date of Surgery / ऑपरेशन की तिथि: **05/04/23**

DR. AMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No. / Date Stamp)

Dr. Shroff's Eye Care Institute
Administrator
(Name, Designation & Official Address of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर) : 

SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर) : 