

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0023

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

04/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Shakuntla

AGE-YEARS आयु-वर्ष

49

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

Babu Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Magla besama, Dangali, Dangali bangar
Dangali bangar, Distt. Mathura, U.P. 281202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

36000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. रखाई खाता संख्या

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 / No

हां / न

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 संबंध
1.	Man Singh	34	M	Husband
2.	Ravi	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 किसे गये विनती 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 ली जा चुकी है?

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



Preop

Postop

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा प्रमाण देना)

- 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 & requests 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 यहाँबत करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में मेरे सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन प्रमाण पत्र सच है, तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँबत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँबत करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं करूँगा, जो कि भविष्य में मेरी सहायता या मेरी बीमा कंपनी से भुगतान के लिए नहीं होना चाहिए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रमाण पत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का प्रयोग होगा, जिसके लिए मैं सहायता माँच रहा हूँ। मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को सौंप देता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का प्रयोग कर सकते हैं, जिसके लिए मैं सहायता माँच रहा हूँ। इस प्रयोग का प्रयोग केवल मेरी सहायता के लिए ही होना चाहिए, जो कि मेरी सहायता के लिए ही होना चाहिए।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों द्वारा किया जा सकता है, जो कि मेरी सहायता के लिए ही होना चाहिए। मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों द्वारा किया जा सकता है, जो कि मेरी सहायता के लिए ही होना चाहिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ 엄指 छाप

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

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:

- 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 event 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 arrangements 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 this matter.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) इस प्रकार से मान्यता दे रहे हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता माँच रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से माँच रहे हैं, जो कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से माँच रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हम (हस्पताल) इस सहायता के लिए दूसरी सहायता से माँच सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हम (हस्पताल) द्वारा की गई चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हम (हस्पताल) के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हम (हस्पताल) में रोगी के इलाज चुनना और उसे करने की जिम्मेदारी हम (हस्पताल) की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भुगतान या जम्मेदारता हम (हस्पताल) से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संभव



Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

05/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS

DMC - 48540

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

Time

Date

(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory)

जब से यह हस्ताक्षर किया गया है

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2