

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
foundation
Building block of life
APPLICATION No.
आवेदन संख्या : V/0423/0097APPLICATION DATE : 14/04/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT
आवेदक का नाम Radhe

AGE-YEARS आयु-वर्ष 63

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/कटुम्ब का नाम Mangla

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mant mulla, Mat, Mant,

Distt Mathura, U.P. 281202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop

Postop

OCCUPATION :
व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय S3000/- (Family)(Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई 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 / 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.	Laxmi Devi	60	F	wife
2.	Chetoram	34	M	son
3.	Jyoti	31	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 को छाया प्रति संलग्न करें)	EVMS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - <u>RE</u> SICS + PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किससे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत वास्तविकता से भिन्न पाया जाता है, तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता मिले, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूंगा, जो इस प्रश्न में घोषित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि, जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा गया है, उस राशि का अधिक योग्यता विषय किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करें)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
 - 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 उत्तर देकर या इसमें कोई छाप लगाकर मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके, उनके आचार्यों या दूसरे उद्देश्य से प्रचार-प्रसारण और प्रसारण के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। जो प्रचार को विवरण को प्रसारण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या उसके अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन से प्रसारित हेतु प्रचार, प्रसारण का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके आचार्यों का अंतिम और अक्षरवादी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

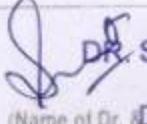
अर्शक के हस्ताक्षर या



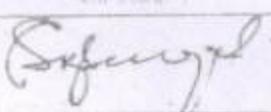
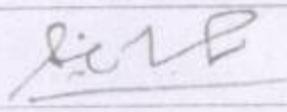
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करें)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, इनकारों को जोर से गारंटी-गारंटी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हम (हस्पताल) सिर्फ प्रचार से प्राप्त व सहायता करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी दूसरी संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय सहायता प्राप्त हेतु किसी भी दूसरी संगठन या किसी अन्य स्रोत में नहीं लगेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है; इस पर हस्पताल द्वारा ही सही सहायता या कितना सच उपचार/प्रक्रिया का चुनाव का शेष का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में सभी के प्रचार सुचारु और अन्य उद्देश्य के लिए सिफारिश करने के लिए और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सर्वोत्तरी को लिए अनुमति

Date of Surgery अपराधन की तिथि 15/04/23	 DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS (Name of Dr. DMC No. 48540 Stamp) Time... 3:30 PM Date... 15/04/23	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory or Head of Hospital) नाम व पद हस्पताल-अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--