

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No

आवेदन संख्या :

V/0423/0098

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

14/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Nirmala

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

52

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुस्थ का नाम

Shyam Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

166, Manorupura anar gali, Mathura, Mathura,

Distt. Mathura, U.P. 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



PREOP PHOTO HERE

Preop

Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

48000/- (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):

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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.	Raghumath	56	M	Husband
2.	Deepak	35	M	Son
3.	Omrati	30	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनती का उद्देश्य:

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

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: (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 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 the assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण सही और सच्चे हैं। कोई भी झूठा बयान मेरे आवेदन तथा जारी की गई सहायता को खारिज करने का कारण बन सकता है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता इस उद्देश्य के लिए ही ली जा रही है, जिसके लिए मैंने सहायता मांगी थी।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो नुकसान का भुगतान किया है और न ही भुगतान करने का इरादा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 for its or its affiliates' business 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपना हस्ताक्षर या बायाँ पैर का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इस "कोशिका" प्रपत्र के माध्यम से, प्रचारित करने के लिए, मुझे सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रपत्र को विवरण में उल्लेख की गई बातों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य व्यक्ति को उपयोग के लिए प्रदान किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता का उपयोग करने के लिए प्रदान किया जा सकता है। इस सहायता में "कोशिका" प्रपत्र को कोशिका फाउंडेशन या किसी अन्य व्यक्ति को उपयोग के लिए प्रदान किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ पैर का छाप

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

- 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, 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 its right to make up the shortfall 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.
- 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, इसप्रकार की बात से सम्बंधित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर हम (हस्पताल) विना उल्लेख के साथ न सहमत करने हैं।
- 3) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हस्पताल को अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नुकसान का भुगतान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करार होता है कि हस्पताल किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नुकसान का भुगतान करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
- 4) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता को कोशिका फाउंडेशन का प्रभाव नहीं है। हस्पताल को रोगी का इलाज करना और जान बूझ कर रोगी को नुकसान पहुंचाना और जान बूझ कर रोगी को नुकसान पहुंचाना, कोशिका फाउंडेशन से कोई भी सहायता का भुगतान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
(स्वीकृति के लिए संस्तुति)Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No.)
Time.....Date.....

(Name, Designation & Signature of Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(नामों हस्ताक्षर)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(नामों हस्ताक्षर)