VRN - C-2011-0179

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

Koshika Foundation

APPLICATION No.: V/1120/0131
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: 06/11/20
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Murti
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष: 54

SEX लिंग: F



Pre-op Post-op

(0131) Murti

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Giriraj Singh
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Tilak garhi, Kaipur
Distt. Mathura, U.P. 281203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION: Home Maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 21000/-(Family)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाये)

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 सम्बंध
1	Ramkishan	57	M	Husband
2	Chetu Singh	29	M	Son
3	Bhanu	27	M	Son
4	Pooja	28	F	Daughter in Law
5	Kidar	24	F	" " "
6	Bantj	5y	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छवि प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

"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 – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (RE) PHACO + IOL

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 ली गई सहायता राशि
1	DHLS	20000/-

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा :-

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 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 etc. for the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यह भी सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता, मैं ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस प्रयोजन हेतु यह सहायता राशि मांगी गई है, उस राशि का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य दाता/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/photocopy/circulate my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium including but not limited to email, 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested/or.

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीगण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है उसे "कोशिका" एवम् न्यासी गण, चाहनाओं पूर्ण उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए, अधिकृत है। जो इस का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस पर से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रापित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 / the patient presently have/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. In part or in full, then the Hospital reserves the 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 for the treatment/procedure/s recommended by the Hospital on the patient's 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 this matter.

उपरोक्त अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न बातों से पालन व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सामाजी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन इस के सम्बंध में 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल रूप में मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सामाजी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करना है कि हस्पताल वित्तीय मदद संबंधी-मामले हेतु किसी गैर सामाजी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेती।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल चिकित्सा प्रक्रिया करने के लिए हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये इलाज/प्रक्रिया का पूरक होने एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ही रोगी के इलाज, सुरक्षा और आगे आने वाली सभी विभिन्नताओं होने एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विभिन्नता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg No. -66025
Time..... Date.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन संख्या

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
07/11/20

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

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2