

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building back of life

APPLICATION No.

V/0423/0132

APPLICATION DATE

19/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Phoolwati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुस्थ का नाम

Buddharam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gram Falain, Falain,

Distt. Mathura, U.P. 281403

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop

Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

36000/- (Family)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

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

हां / नहीं

नहीं / हां

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.	Lekhnay	68	M	Husband
2.	Laxman	33	M	Son
3.	Pushpa	30	F	Daughter in Law
4.	Dhruv	09	M	Grand Son

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 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 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 ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source (employer/insurance company) of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सत्य जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन उपरोक्त सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए बित्तियत करीगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता से या भविष्य में भविष्य में किसी अन्य स्रोत (एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी) से न तो पूर्ण रूप से और न ही आंशिक रूप से सहायता प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/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.
- 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.
- इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस उद्देश्य के लिए प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित सभी माध्यमों के माध्यम से दानों को एकत्रित करने के लिए कोशिका फाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। इस उपयोग के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- मैं (आवेदक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरी सहायता के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गये निर्देशों का पालन करना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the 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 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.
 - 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, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तियत प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/वित्तियत प्राप्त नहीं की जाती है, तो हमें सहायता/वित्तियत प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से सहायता/वित्तियत प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में यह कहा जा सकता है कि अस्पताल सिफारिश करने वाले रोगी/रोगी के लिए सहायता/वित्तियत प्राप्त करने का पूर्ण उत्तरदायित्व होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों पर हस्पताल की हानि और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी हानि या क्षतिपूर्ति इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

20/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS

DMC - 48540
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का समय व तिथि

(Name, Designation & Authorised 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

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2