VRN-C-20-11-0264

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

Koshika foundation
Building block of life



Preop Postop
(0141) Gayatri

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/1120/0141	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	09/11/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Gayatri	AGE YEARS आयु-वर्ष : 65	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Bhikki		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Jujhar, Chaumuhan, Chaumuhan (Rural), Distt. Mathura, UP 281401		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता	Same as above		
OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	₹2000/- (Family)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	NA
PAN No. पैन 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 सम्बन्ध
1	Keshe	67	M	Husband
2	Meghayam	40	M	Son
3	Nirmala	37	F	Daughter in law
4	Damodar	38	M	Son
5	Bhola	34	M	Son
6	Jyoti	32	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 की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सक्षम अधिकारी द्वारा प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनिंग 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 द्वारा जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (LE) PHACO + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो:

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)

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 reject or 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/ government/ insurance company/ organisation for which this assistance is requested.

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

2) मैं इस हेतु दी सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महत्वपूर्ण हेतु मुझे सहायता राशि दी गई है, उस राशि का आंशिक या सकल वित्त किसी अन्य संस्था/सरकार/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/dub/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/events. 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.

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 regarding 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं 'कोशिका फाउंडेशन' और उसके न्यासीगण को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उस विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे 'कोशिका' एवम् न्यासी, इस कथनानुसार दूसरे उद्देश्य से मुझे संगोष्ठियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रचार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के जाने या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' व न्यासी अधिकृत है।

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

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

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this application 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 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, हस्ताक्षरों को आवेदन में अभिलेखित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो अभी और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी अन्य संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अपेक्षित उक्त रोगी/मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदि कोई आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्रोत उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेंगी।

2) 'कोशिका फाउंडेशन' से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया द्वारा की गई पहचान या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इलाज के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और बाद जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल की होगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए प्रस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
Reg No - 60028

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पदी अस्पताल अधिकृत अधिकारी
10/11/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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

30.12.2019