VRN-C-20-11-0305

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

Koshika Foundation



Preop Postop
(0145) Bhagawan Devi

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V/1120/0145
APPLICATION DATE आवेदन तिथी	10/11/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Bhagawan Devi
AGE-YEARS आयु वर्ष	71
SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कुटुम्ब का नाम	Rajunauth
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Thanautha, Thanautha, Thanautha Distt. Mathura, U.P 281304
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता	Same as above
OCCUPATION : व्यवसाय	Home Maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	22000/- (Family)
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण 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	Jagdish	late	M	Husband
2	Rajoo	42	M	Son
3	Pajkumar	37	M	Son
4	Anil	32	M	〃
5	Rekha	40	F	Daughter in law
6	Jaya	34	F	〃 〃

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 प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थिक आय कमी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की 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 — Senile Cataract
	LE — Senile Cataract
	Surgery — (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत 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, 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 NGO or any private/govt insurance company, of the amount for which financial assistance is requested.

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

2) मेरे द्वारा यह घोषणा दी जाती "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता चाही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस आवेदन में पाया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस उद्देश्य हेतु यह प्रार्थना की गई है उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/गैरसरकारी/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 it's Trustees to use/publish/put-up/process 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 it's 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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस पृष्ठ में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा मौखिक, मुद्रण, इलेक्ट्रानिक सहित अनुरोध के पूर्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है. मेरे इलाज का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसको अधिकृत है

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

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

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पिटल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory, 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 person/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 another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same person/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.

इसपर अंकित, हस्ताक्षरों की ओर से अधिकृतियों का "कोशिका फाउंडेशन" से विशेष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी और संस्थाएं संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस हद तक/परिमाण में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/लिखित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु कि है. यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णय आंशिक/अस्वीकृत हेतु वस्तुतः नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेंगे।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या प्रकरण द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज अकेला और आगे आने वाले सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका व जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
Reg. No - 66029

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
14/11/20	Time..... Date.....	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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