VRN-C-20-11-0408

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

Koshika foundation



Preop Postop
(0151) Kailashi

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V/1120/0151
APPLICATION DATE आवेदन तिथी	17/11/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Kailashi
AGE-YEARS आयु-वर्ष	64
SEX लिंग	M
FATHER S/SPOUSE S NAME : पिता/कुटुम्ब का नाम	Bholiram
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Nagaura, Nagaura, Tehsil Mahavan Distt. Mathura, U.P. 281204
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता	Same as above
OCCUPATION : व्यवसाय	Labour
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	1950/-
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	NA
PAN No. स्थाई खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (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	Omwati	60	F	Wife
2	Mukesh	38	M	Son
3	Prem Lata	36	F	Daughter in law
4	Bhupesh	34	M	Son
5	Sonu	31	F	Daughter in law
6	Amit	30	M	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 छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाप 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 चूर्ण संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – RE SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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	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 (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 has been requested for 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 I/ assistance is (are) received.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई मिथ्या एवं कपट अथवा गलत बात पाई जाती है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है

2) मैं इस बात की पुष्टि करता/करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मांगी गई है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जायेगा जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस प्रयोजन हेतु यह सहायता राशि मांगी गई है, उस राशि का आंशिक या पूरा हिस्सा किसी अन्य स्रोत/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 at the end/ in succession on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/ communicate 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 the 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 to 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 निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति देता/देती हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, धन, सहायता या दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा दी विवरण को इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न्यासी अधिकृत है।

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

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

वेम लोकेश चंदु

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/ solicitation for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept/ allowing:

1) that we/ our hospital presently not 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. 2) 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 is/ are solely to/ 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 की ओर से मान्यवर/मान्या को "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 वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से एक ही/समान्तर में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा ज्ञात हेतु कि है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी सस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लगायेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल चिकित्सा की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया जो की गई/सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं डॉक्टर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसके बाद की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 6[illegible]23

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 पद अस्पताल अधिकृत अधिकारी
17/11/20	Time..... Date.....	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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