VRN-C-20-11-0505

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

Koshika foundation
building stars of life



Pre-op Post-op
(0153) Kanta W

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/1120/0153	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	18/11/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Kanta W	AGE-YEARS आयु वर्ष : 41	SEX लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कुटुम्ब का नाम	Parto		

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Nangaona, Nagaon,
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	2[illegible]000/-
(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 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	Narayan Singh	43	M	Husband
2	Devendra	17	M	Son
3	Rakhi	14	F	Daughter

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 छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थिक रूप से कमजोर 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 प्राप्त की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Total Cataract
	LE - Total Cataract
	Surgery - (RE) 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	DIGS	2[illegible]000/-

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 Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable to be cancelled/withdrawn.
2) I expressly 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, of the amount for which the assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गए सारी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं जानकारी असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैंने इस हेतु जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली या लेता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है उस पूरी या आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/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/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 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 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो "उद्देश्य इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, हान, चाहे किसी भी माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्प्रेषण से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले 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 अनुरोध में शामिल है पूरी तरह सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यतापूर्ण 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 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. In the extent that such assistance is 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 specifically 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हम, अधोहस्ताक्षरी, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
1) यह कि न तो फिलहाल और न ही भविष्य में किसी अन्य संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में सीधे या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता/वित्तीय उक्त के मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल अनुदान किसी अन्य से आंशिक संस्था या किसी अन्य हस्पताल से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेगा/लेंगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल ही रोगी का इलाज सुरक्षा और उसके बाद की सारी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल 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. - 26128
Time.....

Date of Surgery ऑपरेशन के तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन व सील के	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
19/11/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका उपयोग हेतु

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

30.12.2019