VRN-C-20-11-0497

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

Koshika Foundation

APPLICATION No आवेदन संख्या	V/1120/0155	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	18/11/20
NAME of APPLICAAT : आवेदक का नाम	Parvati	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65	SEX लिंग : F



Pre-op Post-op

(0155) Parvati

FATHER S/SPOUSE'S NAME : पिता-पति का नाम Ravi Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Near new fly over, Suvadhra mahila ashrya sadan II Chetanya bihar II, Vrindavan, Distt. Mathura, U.P. 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय Nil (Stay in Vidhwa ashram)	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NA	(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 चिह्न लगायें)	Yes / No हाँ / नहीं ✓

FAMILY DETAILS पारिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Jayveer Singh	Late	M	Husband

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 कापी अवश्य संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) दुर्बल आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कापी अवश्य संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की कापी अवश्य 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 प्रतिलिपि सूची संलग्न
	RE – PP
	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 स्त्रोत से लिया गया है?

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 (if any) liable for rejection/cancellation.
2) I voluntarily 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 the assistance in part or in full, from any other source/exchequer/insurance company of the amount for which the assistance is (also) sought.

1) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं प्रयास असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि प्रस्तुत आवेदन पत्र 'कोशिका फाउन्डेशन', से जो भी सहायता ली है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस आवेदन हेतु यह आवेदन किया गया है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निगम,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/post/upload/ 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 it's 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 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 इसके न्यासीगण " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है उसे "कोशिका" एवम् व्यापक, रूप, आवश्यकता मुझे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये "किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न्यायें अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण से कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल 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 (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, to 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 respectfully 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 this matter.

इनमें अंकित, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य एवं स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संस्थाओं संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/किसी इकाई से सम्पर्क में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सम्पूर्ण रूप से स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने के अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष इस रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गई सहायता अस्पताल विशिष्ट उपचार को है, रोगी पर इस्तेमाल द्वारा जो एक अलग या भिन्न पथ उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाली किसमतों रोगी एवं अस्पताल की होगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या 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. - 86025

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
19/11/20

Time..... Date.....

(Name of Dr & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन व सील

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल 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