VRN-C-20-11-0550

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

Koshika Foundation



Preop Postop
(0157) Pratap

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V/1120/0157
APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	20/11/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Pratap
AGE YEARS आयु वर्ष	56
SEX लिंग	M
FATHER S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	Gulasheri
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Baburi, Baburi Shergi, Mathura refinery Distt Mathura, U.P. 281005
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता	Same as above
OCCUPATION : व्यवसाय	Labour
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	✓
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	20000/-
(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 सत्य हो उस पर सही का निशान लगावें)	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 संबंध
1	Chandrawati	52	F	Wife
2	Naresh	17	M	Grand Son
3	Ganesh	14	M	" "
4	Chandrajeet	10	M	" "

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) आर्थ अशक्त वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (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 आपातकाल/डॉक्टर से आये की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – PP
	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	DSCS	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 this Application & ongoing assistance (if any) liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly promise 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 full) from any other source(s)/hospital/trust/company of the amount for which this assistance is requested.

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

2) मैं इस पत्र के माध्यम से 'कोशिका फाउन्डेशन', से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/चिकित्सक/संस्था/कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

"I 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/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to website, 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 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 be a valid reason 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) आपने जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं 'कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे 'कोशिका' द्वारा चलाई, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से सूचना गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है, मेरे उपचार के पहले या बाद में अथवा के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' को भी अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अंकित है उसे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा सभी न्यायियों का निर्णय अंतिम और मान्य 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 the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept the 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 the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation reasonably 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/undertaken 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 same.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी का नीचे से मंजूरीनामे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी अन्य स्रोत से अथवा किसी अन्य NGO/संस्थान से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/चेनति हेतु के संबंध में 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा भाग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता चेनति आंशिक/सकल हेतु मंजूर 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 पक्ष रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेंगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच के निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है, इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाली सारी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की इसमें भूमिका व जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Ashwani Kumar
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 66028

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका उपयोग हेतु

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