VRN - C-20-11-0661

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

Koshika Foundation

APPLICATION NO.: आवेदन संख्या :	V/1120/0165	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	22/11/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Dipti Singh	AGE-YEARS आयु वर्ष	54
		SEX लिंग	M



Pre-op Portrait (0165) Dipti Singh

FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/कुटुम्ब का नाम: Ram Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Parbauli, Parsauli, Parasoli
Distt. Mathura, U.P. 281201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय	Farmer
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 मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)	Yes / No हां / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार 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	Ramwati	50	F	Wife
2	Jaiveer	25	M	Son

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 प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र के रूप में 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 चिकित्सा सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) PHACO + 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 this 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 source/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.

1) मैं घोषणा 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 पूर्ण सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउन्डेशन' से जो भी सहायता राशि, यदि प्राप्त होती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा जो इस प्रपत्र में वर्णित है।

3) मैं पुनः पुष्टि करता हूँ कि जिस चिकित्सा हेतु यह सहायता की गई है, उसी राशि का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया गया 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 its Trustees to use/publish/circulate 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 का छाप 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 प्रपत्र में घोषित है उसे "कोशिका" एवम् न्यासी गण, मानवीय पुण्य उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और जनसूचनाओं के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्राप्ति करने के लिए, अधिकृत है। जो इस 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 उद्देश्यों से प्रकाशित है जुड़ स्वतः सहायता को 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 are then 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, 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 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/contracted 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 this matter.

इसके अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मरीज/केस को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु अनुशंसा की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मानते व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में जितेन्द्र सहायता किसे और सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने 'कोशिका फाउन्डेशन' से मेडिकल/वित्तीय सहायता के सम्बंध में 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा मदद हेतु कहा है। यदि 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा सहायता बिलकुल आंशिक/अधूरा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेती।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, रोगी एवं हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है तथा "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज/प्रक्रिया और आगे आने वाले खर्चे जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका व जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

Dr. Ashwini Kumar RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
MBBS, MS Ophthalmology स्वीकृती के लिए संस्तुति

Reg No - 68328

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
23/11/20	Time..... Date.....	Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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