VRN - C-20-11-0731

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

Koshika foundation

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/1120/0170	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 23/11/20		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Nitti Ram	AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग M	



Pre-op Post-op
(0170) Nitti Ram

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कुटुम्ब का नाम: Radharallabh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Vill 2 Vill, Paigaon, Paingaon
Distt. Mathura, U.P. 281201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता:
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय: 1850/-

(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 लगायें। Yes / No हाँ / 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

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) अल्प आय वर्ग 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 जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE — Total 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 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 राशि
1	DBCS	2000/-

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 & Document(s) 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 is 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 this assistance is requested.

1.) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण मिथ्या पाया जाता है तो मेरा आवेदन निरस्त हो जा सकता है।

2.) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस आवेदन में कहा गया है।

3.) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना पत्र है, उस राशि का आंशिक या पूरक हिस्सा किसी अन्य संस्था/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 or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/circulate/disclose 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) hereby agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is not issued/granted, will not in anyway 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 निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् अन्य, यथा, माध्यम जुड़ी आवेदन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रसारण के उपयोग करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को पूर्ण अधिकृत है।

2.) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि उपयोग के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूरी तरह: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् अन्य न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी 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/ provide :

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 requisite 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 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/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.

इसपे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय 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 वित्तिय सहायता किसी और सहयोगी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता राशि आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोतायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेंगे।

2.) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई आर्थिक सहायता केवल चिकित्सा प्रकृति की है। रोगी का अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। परिणामे अस्पताल रोगी के इलाज चुनाव और आगे होने की सारी जिम्मेदारी 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. - 66025

Administrator

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सहित अधिकृत अधिकारी
24/11/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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