VRN-C-20-11-0729

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

Koshika foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या	V/1120/0171	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	23/11/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Chhiddi	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 76	SEX लिंग : M



Prop Postop
(0175) Chhiddi

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : Lalaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Paigaon, Paingaon, Chhata
Distt. Mathura, U.P. 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय : Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 20000/- (Family)	(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 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
1	Meerji	Late	F	W/o
2	Radheyshyam	44	M	Son
3	Meghshyam	41	M	"
4	Naresh	38	M	"
5	Roopwati	42	F	Daughter in law
6	Preeja	39	F	" "

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए 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) कमजोर 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 निवेदन का उद्देश्य :

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेखन सूची संलग्न
	RE — Senile Cataract
	LE — P.P.
	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	DHCS	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 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/ngo/govt/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरे 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि 'कोशिका फाउन्डेशन' से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/संगठन/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/but-not-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 & data is 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 कि 'कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों ' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् स्वयं, इस प्रयोजन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है मेरे प्रपत्र को विस्तृत रूप से इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ये स्वयं अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जोड़ित है पूर्ण रूपः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यताएँ 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 the 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. If the requested assistance is not 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 essentially means that the Hospital will not seek 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 & same by the patient, and Koshika Foundation will have no role of responsibility in the matter.

इनके अधिकृत हस्ताक्षरों को अंत में मरीज/मरीज को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रार्थना/विनति किया है सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल रूप मन्जूर 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 कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मरीज एवम रोगी/मामले हेतु किसी भी स्रोत्रों/संस्था या फिर अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेंगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज किस डॉक्टर या किस तरह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस विषय पर्यन्त का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल ही रोगी के इलाज, परिणाम और उसके जान की सारी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

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
24/11/20	Reg No. -66028 Time..... Date.....	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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