VRN- C-20-11-0730

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

Koshika Foundation
Building block of life

APPLICATION No.: V/1120/0174
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 23/11/20
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Omvati
आवेदक का नाम

AGE YEARS आयु वर्ष: 61

SEX लिंग: F



Preop Postop
(0174) Omvati

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vadi, Todhpur
Distt. Mathura U.P 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION: Home Maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 21000/- (Family)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आय के साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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 सम्बंध
1	Bachhu Singh	62	M	Husband
2	Bali	39	M	Son
3	Bhupan	31	M	Son
4	Kanta	33	F	Daughter in law
5	Anjli	28	F	" "

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) 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 क्र.सं	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी के गए 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 स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	20000/-

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 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 this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रार्थना में दिये गये सभी विवरण जहाँ तक जानकारी का अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता राशि, जिस उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया आवेदन में इस संबंध में पत्र लिखा है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस उद्देश्य हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल 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/ broadcast/reproduction 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 निशान 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" स्वयं चाहे पहले, वाचनरूप पूर्व उद्देश्य में पूर्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इलाज का विवरण जैसे इलाज के पहले या बाद में उसके लिए "कोशिका फाउंडेशन" के चाहे अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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 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 to the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation specifically states that the Hospital will not avail any corporate 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 as per medical advice/conditions of 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 matter.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या लेने जा रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रार्थना/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/पूर्णतः हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत्र से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्रोत अथवा रोगी/मामले हेतु किसी भी गैर-सरकारी संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लगायेगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया द्वारा दी गई सलाह या किए गए परीक्षण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ही रोगी के इलाज, सुरक्षा और उसके साथ को साथे जिम्मेदारी लेगी एवं इसमुख्य को रोगी 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
Regn. No. -65038

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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

30.12.2019