VRN-C-20-11-0714

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

Koshika Foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या : V/1120/0177	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 23/11/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Munni Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65 / SEX लिंग : F



Preop Postop

(0177) Munni Devi

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता :
Gram Mukandpur, Post Beswan,
Beswan dehat, Distt: Aligarh, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता :
Same as above

OCCUPATION व्यवसाय : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 2150/- (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 मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) : 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	Lalturi Singh	67	M	Husband
2	Sunil	42	M	Son
3	Anil	40	M	Son
4	Neeta	39	F	Daughter in law
5	Kashmeera	34	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 कापी अवश्य संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कापी अवश्य संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की कापी अवश्य 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (E) 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 राशी
1	DJBCS	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, if any, liable to be discontinued/cancelled.

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 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 रिस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउन्डेशन', से ली जा रही है सहायता उसके उद्देश्य जिसे आवेदन की पूर्ति के लिये किया जायेगा, का इस प्रपत्र में वर्णन किया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की जा रही है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण किसी अन्य संस्थान/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/out-use/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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं 'कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों ' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे 'कोशिका" एवम् न्यासी, एवं, माध्यम पूर्ण उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए आवेदक है। मेरे प्रपत्र के विवरण को इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है पूर्व स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 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, 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 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 & absolute responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the same.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर से सम्पर्कगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशिष्ट सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते है:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्णय हस्तांतर किसी अन्य सरकारी साधन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/पात्रों में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वीकृत हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्णय आंशिक/सकल रूप स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है इस पुष्टि में स्पष्ट रूपा बात है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी स्रोत या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल चिकित्सा प्रकृति की है। रोगी एवं हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिये हस्पताल ही रोगी के इलाज सुरक्षा और उसे पहले की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/11/20	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हास्पीटल व रजि. नं.
	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. -66028
Time..... Date.....

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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