VRN-C-20-11-0732

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

Koshika foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या : V/120/0180	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 23/11/20		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : Lakshmi	AGE-YEARS आयु-वर्ष 49	SEX लिंग F	



Preop Postop
(0180) Lakshmi

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vill. Anch, Baraka, Bukharasi, Chhata
Dist. Mathura, U.P. 281403

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 22000/- (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 सत्य हो उस पर सही का चिन्ह 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	Man Chand	53	M	Husband
2	Balveer	24	M	Son
3	Vinod	22	M	"
4	Arun	19	M	"
5	Pushpa	16	F	Daughter
6	Rinki	12	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) राशन 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 – R.P
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये 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	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 my Application & ongoing [illegible] 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 the form for which such [illegible] 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/any insurance company or [illegible] for which assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायता नेवेदन को [illegible] अस्वीकृत/निरस्त कर दिया जायेगा।

2) मैं हृदय से सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का इच्छुक हूँ, इसका उपयोग उसे उद्देश्य की पूर्ति में किये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उसे दूसरे या आंशिक या सम्पूर्ण रिपत किसी अन्य स्रोत/निगम/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/ 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 its activities/its events. 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, इस, सम्बन्धित दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम [illegible] प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र एवं विवरण को 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 प्रापित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध 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 (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 double 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 on 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 एप्लीकेशनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, मैंने हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से वचन व स्वीकार करते है:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु किये है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से पहुंचता रोगी का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आम्पताल द्वितीय पक्ष, उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह पर किये गये उपचार/क्रियाओं का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच के विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है, इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाले खतरे जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका व जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Ashwani Kapila
M.B.B.S, M.S Ophthalmology

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Reg No. 48023

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
24/12/20	Time..... Date.....	Authorised Signatory

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