VRN - C-2c-11-0718

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

Koshika foundation
Nurturing quality of life

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V 1120 0181	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	24/11/20

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Sharda	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		65	F



Pre-op Post-op
(0181) Sharda

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
164, Bye pass road, Chhavara-1, Chhatikara
Chhatikara, Distt Mathura, U.P. 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता:
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 2000/- (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 लगाये) Yes / No 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	Kailash	72	M	Husband
2	Subhash	40	M	Son
3	Anil	37	M	Son
4	Sonu	32	M	Son
5	Jahnavi	38	F	Daughter in law
6	Meena	32	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 प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (राशन कार्ड की 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/डाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DRCS	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. A ny false statement will render my Application & ongoing t
liable for rejection/cancellation.

2) I hereby confirm that assistance, if received from Koshika Foundation will be used only for the purpose, as stated in this Form, for which such
was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future avail of re-imbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of t
for which the assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत अथवा पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सक

2) मैंने इस जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस प्रयोजन हेतु यह सहायता ली जा रही है, उस राशि का आंशिक या सकल किसी किसी अन्य संगठन/नियोजक/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/reproduce my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested/granted, through any media, 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 in any way 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 की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीगण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सामान्यतया मुद्दे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम के प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। जो फोटो का विवरण भी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अंकित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध 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

शारदा देवी

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder the 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 or the patient presently or 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 required 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 understanding 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 नीचे हस्ताक्षर की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मानते व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो रोगी और न ही परिवार ने वर्तमान अथवा किसी भी समयावधि में किसी अन्य स्रोत से समान रोग/कारण से सीधे या परोक्ष रूप से, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती इलाज के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगा हुआ है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा आंशिक/सकल रूप से मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डुप्लिकेट मदद इसी रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर डॉक्टर द्वारा की गई सलाह व किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं डॉक्टर के बीच के विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्पताल ही रोगी के इलाज, सुरक्षा और आगे आने वाली सारी जिम्मेवारी रोगी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Ashwini Kumar
D.O.M.S., M.S. Ophthalmology

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery Reg. No - 66928
ऑपरेशन की तारीख Time..... Date.....

24/11/20

(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

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