VRN- C-20-11-0955

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

Koshika Foundation

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V/1220/0184	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	30/11/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Haripal	AGE-YEARS आयु वर्ष	53
		SEX लिंग	M



Preop Astop

(0184) Haripal

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम Harcharan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tasali Khurd, Arraura bangar, Arraura, Mant Mat, Mathura, Distt. Mathura, U.P 281202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION व्यवसाय Shopkeeper

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 1950/-

(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) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Tasvir Kaur	51	F	Wife
2	Neeraj	25	M	Son
3	Laxmi	22	F	Daughter

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 छायां प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छायां प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छायां 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) चिकित्सक/वैद्य से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE — Senile 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 स्रोत से लिया गया है?

Sr. No क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गये सहायता राशि
1	DBCS	20000/-

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा :-

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 aid was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not receive any kind of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amt 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 मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दर्शाया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/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 left 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 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 fulfillment 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 चिन्ह लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, जो "कोशिका" द्वारा चाहे, जिस माध्यम जैसे मौखिक, प्रिन्ट, इलेक्ट्रॉनिक द्वारा चंदा एकत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन की गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे इलाज या विवरण पेश करने के पहले या बाद में उसके लिए "कोशिका फाउंडेशन" यह उपयोग कर सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभावित है, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

हरिदास सिंह

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, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to raise/adjust the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation especially 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 & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अंतर्गत, अस्पताल की ओर से सामाजिकार्यी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाने है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले चुके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनती इस के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद लेनी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णित आंशिक/सकल रूप पारित कर दी जाए है तो उपरान्त किसी अन्य से अतिरिक्त संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डुप्लीकेट मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और संस्था संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज हेतु जो भी चयन या फैसले लिये जाएंगे/किये जाएंगे वो पूर्णतः रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" इसमें किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जोखिम की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

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. न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद अस्पताल अधिकृत अधिकारी
01/12/20	DR. SACHIN GOEL MBBS, DGO, Fmas Obstetrician Reg. No. 50184	Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ट्रस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ट्रस्टी हस्ताक्षर 2