VRN-C-19-12-0331

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

Koshika foundation



Prop Postop
(0187) Yogeshwari Devi

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/122/0187
APPLICATION DATE आवेदन तिथी	3/11/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Yogeshwari Devi
AGE-YEARS आयु वर्ष	59
SEX लिंग	F
FATHER S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	Ram Sahay
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Tamuna nagar, Panighat, Vrindavan Khadar Distt. Mathura, U.P. 281121
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता	Same as above.
OCCUPATION : व्यवसाय	Home Maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	1850/- (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 हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान 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	Banwari lal	late	M	Husband
2	Ashish	31	M	Son
3	Minakshi	late	F	Daughter in law
4	Rohit	05	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निर्धारित 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. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/डॉक्टर के पर्चे को संलग्न सूची
	RE – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (LE) PHACO + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
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 do hereby 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 receive any sum of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of the patient for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सारे विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है. यदि कोई मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरा आवेदन निरस्त की जा सकती है.

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है.

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किसी व्यक्ति/संस्था/बीमा कंपनी/नियोक्ता से मुझे या मरीज को अंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी 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 it's Trustees to use/ publish/ 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 & data 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 की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासों, यान, साधनों द्वारा दूसरे उद्देश्य से चूंदे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से व्यक्ति करने के लिए, अधिकृत है। जो प्रपत्र का विवरण मेरे 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 को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध 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 (अस्पताल 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 waive us 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 or 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 & it's outcome & safety of the patient and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लाभ ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नहीं हेतु कि है, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अनिवार्यताओं हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य से आंशिक सहायता या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है. इस पृष्ठि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिये गये उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या फिर अन्य माध्यम से नहीं लाभलेगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जाएगा वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किए गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं डॉक्टर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये अस्पताल से रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाली सभी जिम्मेदारी रोगी एवं डॉक्टर 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) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षरित अधिकृत अधिकारी
01/12/20	DR. SACHIN CHAUHAN MBBS, DNB, FCPS Consultant Regn. No. 2008/08/1358	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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