VRN - C-20-12-0070

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

Koshika Foundation
Building Good Health

APPLICATION No : आवेदन संख्या :	V/1220/0189	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	01/12/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Bhagvan Singh Chahar	AGE-YEARS आयु-वर्ष	78
		Sex लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	Uirraj Singh Chahar		



Preop Pentop
(0189) Bhagvan Singh Chahar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Dompura, Kantha, Govardhan, Chhata
Distt. Mathura, U.P. 281502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय	Saint
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NA
(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 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 से साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निवेदन 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 निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/चिकित्सक से जारी की गई प्रतिवेदन/पर्चे संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो/

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
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 assistance, if any, 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 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/relationship/service company of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कपट पूर्ण कथन पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यह भी सहमति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता राशि, मेरे द्वारा उपयोग एवं उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य सम्बन्धित/सेवा/कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

I) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I/Applicant hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 प्रारूप 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 मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस पत्र में शामिल है, उसे 'कोशिका" एवम् न्यासी, ट्रस्ट, सम्बन्धित दूसरे प्रतिरूप से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उचित माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फ्रंट का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने की लिए, "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित 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 (अस्पताल द्वारा करार)

By affixing the under 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 & getting 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 full, then the Hospital reserves the 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 a financial nature. The choice of the treatment/procedure advised/undertaken 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 & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त हमारी ओर से अधिकृतहस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु अनुशंसित की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न बातों से मानते व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मामले में लिये जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती इस के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" का ध्यान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल रूप से मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिनांक समय उसी रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लगा/लेगी

2. 'कोशिका फाउन्डेशन' से ली गई सहायता केवल चिकित्सा प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है. इसलिये अस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाले सभी विषयों रोगी एवं अस्पताल को 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	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन संख्या	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद अस्पताल अधिकृत अधिकारी
02/12/20	DR. SACHIN SHARMA MBBS, DNB, FNB (CARDIOLOGY) Regn. No. 84...	

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