VRN-C-20-12-0063

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

Koshika foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या	V/1220/0190	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	01/12/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Brajadhar	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 76	SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कुटुम्ब का नाम	Parasadi		



Front Post op

(0190) brajadhar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ramnagla, Ramnagla, Ramnagla, Chandpur Kalan, Baja, Distt. Mathura, U.P. 281201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION व्यवसाय: Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 2100/- (Family)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA
PAN No. पैन 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 हाँ / No 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	Bhagwan Devi	68	F	Wife
2	Bhajan Lal	44	M	Son
3	Shiv Singh	41	M	Son
4	Sundar	37	M	Son
5	Ram Singh	33	M	Son
6	Geeta	40	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा से 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) उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से प्राप्त की गई आवेदन सूची संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (RE) PHACO + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 राशि
1	Nil	

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 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/ employer/ insurance company or the entity for which this assistance is requested.

1) मैं पुष्टि 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 मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की सत्यापित करता/करती हूँ कि कोशिका फाउन्डेशन, से यदि जो भी सहायता राशि प्राप्त होती है उसका उपयोग केवल वांछित की पूर्ति के लिये किये जाने, जो इस प्रपत्र में दर्ज किया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण रूप 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 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/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 submission 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 मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके न्यासी बोर्ड, मौखिक/लिखे हुये/इलेक्ट्रॉनिक से जुड़ी संभावनाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' को पूर्ण अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अनुरोध में अंकित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में 'कोशिका' एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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 for/ from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requisite assistance is not granted by Koshika Foundation, it shall be in full, and the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially signifies 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त, हस्ताक्षरों की ओर से सत्यापनकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते है
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता जैसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के संदर्भ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यदि हेतु कि है यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती आंशिक/संकल्प हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सलाह पर किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का प्रबंध है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है, इसलिए अस्पताल ने रोगी के उपचार सुरक्षा और साथ जाने वाली सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन के दिनांक	(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
02/12/20	DR. SAM MUKHERJEE MBBS, DNB, FCPS (Pediatrics) Reg.No. 2988	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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

30.12.2019