VRN - C-20-12-0065

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

Koshika foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या	V/122D/0194	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	01/12/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Bhagavan Devi	AGE-YEARS आयु वर्ष: 68	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Phole		



Prop Postop

(0194) Bhagavan Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Ram nagala, Ram nagala, Ram nagala, Chandpur Kalan, Bajna, Distt Mathura, U.P. 281201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय: Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय: 2100/- (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 लगायें)	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	Jagadhar	75	M	Husband
2	Bhajan Lal	44	M	Son
3	Sabir Singh	41	M	"
4	Sunday	37	M	"
5	Ram Singh	33	M	"
6	Geeta	40	F	Daughter in law

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 फ्रंट कॉपी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थिक आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की फ्रंट कॉपी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की फ्रंट कॉपी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु लिये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - PP
	LE - Total Cataract
	Surgery - (LE) SICS + 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	DKCS	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, 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/ngo/government/insurance company of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण इस फार्म अस्वीकृत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता/करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मुझे प्राप्त होगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा जो इस फार्म में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या पूर्ण हिस्सा किसी अन्य संगठन/व्यक्ति/सोत/कम्पनी से न तो 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/upload/procure 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 the 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीगण " को अधिकृत करता हूँ कि वह मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, सहित परमार्थ/पुण्य अनुष्ठान से जुड़ी गतिविधियों 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" व न्यासी अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी 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 hereby are presently not 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 its 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 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.

उपरोक्त अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचार हेतु के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्गत आंशिक/सकल हेतु मन्जूर 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 में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल चिकित्सा उद्देश्य हेतु है, रोगी एवं हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी तरह का कोई प्रभाव नहीं है. इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाले सभी विषयादि रोगी एवं हस्पताल की होगी और " कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

DR. SACHIN SHAH

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
02/12/20	Regn. No.	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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