VRN-C-20-12-0059

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

Koshika foundation
building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : V/1220/0195	APPLICATION DATE आवेदन तिथि 01/12/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : Samoti	AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 / SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : Sukhram	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : 130, Mani gauri bangar, Kaipur Distt. Mathura, U.P. 281203	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता : Same as above	
OCCUPATION व्यवसाय : Home Maker.	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 2500/- (Family)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA
PAN No. पैन कार्ड 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 हाँ / नहीं ✓



Prop Postop
(0195) Samoti

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	Ramvees	61	M	Husband
2	Raj Kumar	34	M	Son
3	Manoj	31	M	Son
4	Jayram	27	M	Son
5	Seeman	34	F	Daughter in law
6	Meenu	30	F	" "

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थिक अन्य पिछड़ा 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 दस्तावेज में जारी की गई चिकित्सा सूची संलग्न
	RE — Senile Cataract
	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 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 राशी
1	DGCS	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/ granted.
3. I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of non-Government, in part or in full, from any other source/ employer/ insurance company or the amount borne by me for this assistance is/ was/ will be.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण मेरे 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 सहमति देता/ देती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह याचना की गई है, उस रोग का उपचार या एकल हिस्से किसी अन्य संस्था/चिकित्सालय/बीमा 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/ print/ photocopy my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/ granted, through any medium including but not limited to email, 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 for the need 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 फाउन्डेशन और उसके न्यासियों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी गण, माध्यम/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार आम्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इलाज का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध 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

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. In the event that such assistance is 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 to be undertaken/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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मरीज/केस को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती 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 गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद लेनी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आंशिक/पूर्णतः हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. 'कोशिका फाउन्डेशन' से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी एवं अस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का संबंध है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिये अस्पताल के रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे बचने 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. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद-अस्पताल अधिकृत अधिकारी
02/12/20	DR. SACHIN BHATIA MBBS, DNB, FIAGES Reg. No. [illegible]	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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