VRN-C-20-12-0076

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

Koshika foundation
Building stock of life



Proof Postop

(0197) Bhagwana Singh

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/1220/0197	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	01/12/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Bhagwana Singh	AGE-YEARS आयु वर्ष	72
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	Kokaram		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	145, Mai, Sarath, Mai, Sadabad Distt. Hathras, UP. 281302		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता	Same as above		
OCCUPATION व्यवसाय	Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	2/0000/- (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 लागू हो उस पर सही का निशान लगाये		Yes / No हां / 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	Prepati	Late	F	Wife
2	Ramniwas	47	M	Son
3	Rakesh	44	M	Son
4	Sudha	45	F	Daughter in Law
5	Arushi	42	F	" " "

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE – P.P.
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (LE) PHACO + FOL

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 राशि
1	Nil	

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा :-

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, of the amount for which this assistance is requested.

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

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मैं, उसका उपयोग उसी कारण की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया 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 संगठन/नियोजक/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 keep/publish/broadcast/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details 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 in any way 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) अपना सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण 'उद्देश्य' जिसके लिये मैं सहायता का अनुरोध/प्राप्त कर रहा हूँ, को किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे उपचार के विवरण में उद्देश्य के पहले या बाद में जाने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे 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 (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 finance 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/recommended by the Hospital to 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 पासपोर्ट को "कोशिका फाउन्डेशन" से विभिन्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो फिलहाल और न ही भविष्य में जिसके लिये सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से एक ही/समान से लेने जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवेदित/विचारित रोगी के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यदि अनु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिलकुल आंशिक/सकल अनु 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 पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष पदत्त उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रोसिजर का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की पूरी 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 की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्पताल में रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
02/12/20	DR. SACHIN [illegible] Regn. No. [illegible]	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ट्रस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ट्रस्टी हस्ताक्षर 2