VRN – C-20-12-0077

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

Koshika Foundation
Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या	V/1220/0198
APPLICATION DATE : आवेदन दिनांक	01/12/20
NAME of APPLICANT श्री/श्रीमती का नाम	Bachchu Singh
AGE-YEARS आयु-वर्ष	54
SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Gangadhar
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Hathaura, Hathaura, Baldeo Distt Mathura, U.P. 281301
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता	Same as above



Preop Postop
(0198) Bachchu Singh

OCCUPATION व्यवसाय	Labour
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	✓
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	19500/-
(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 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	Lanya Devi	53	F	Wife
2	Ankaj	29	M	Son
3	Dharmendra	21	M	Son
4	Khemchand	14	M	Son
5	Neelam	22	F	Daughter in Law
	Gayatri	23	F	" " "

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 छायां प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छायां प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छायां 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 आम्यास्पद/डॉक्टर से प्राप्त की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE – PP.
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (LE) PHACO + 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 राशि
1	DBCS	20000/-

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 me /patient & 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 गए 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) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस प्रयोजन हेतु यह आवेदन की गई है, उस मद के आंशिक या सकल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/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/ disseminate 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 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 मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस पत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, किसी माध्यम/या द्वारा जैसे मुद्रण संचिकाओं और इलेक्ट्रिक्स 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, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अनुरोधों में प्रावेदन 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 (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 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 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 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसके 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकती हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो मंजूरशुदा किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से पहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट करना यह है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) 'कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल चिकित्सा प्रक्रिया की है। रोगी का इलाज हस्पताल द्वारा की गई सलाह व किये गए उपचार/प्रक्रिया का नुसार होगी एवं हस्पताल के जोन का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' इस किसी प्रकार का कोई रूचार नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज द्वारा और आगे आने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल 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) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
02/12/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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