VRN-C-20-12-0000

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

Koshika foundation



APPLICATION NO आवेदन संख्या :	V/1220/0199	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	02/12/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Nem Singh	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 66	SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : Natthi Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

415, Keshav vihar Colony, Lohaban, Lohban Mathura, Distt. Mathura 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

Front Postop

(0199) Nem Singh

OCCUPATION : व्यवसाय : Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 19000/-	(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 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निवेदन 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 आय कमजोर 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 निवेदन का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE — Senile Cataract
	LE — Senile 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 जो गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

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, 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 applied/approved 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 दिया गया 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) मेरे द्वारा यह सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रार्थना में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस उद्देश्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस मद का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 it's Trustees to use/publish/post/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 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 का 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 वर्णित है, उसे "कोशिका" इत्यादि व्यक्ति, ढंग, माध्यम (इसमें उल्लेख में कुछ सीमितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण भी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउन्डेशन" ये न्यासी अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अनुरोध में अंकित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" इत्यादि 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 assessment 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 it to get from Koshika Foundation. To the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation in part or in full, then the Hospital reserves it's right to write off the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation automatically 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 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 & the outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

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

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न संस्थाओं जैसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/आर्थिक उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता दिये जाने हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता राशि आंशिक/सकल रूप से स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय मद्द उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था से किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में होने वाले इलाज और आगे होने वाले सारे विभिन्नाये 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) नाम व पद हस्पताल 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