

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building trust of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : V/1220/0203

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 02/12/20

NAME of APPLICANT / आवेदन के लिए नाम : Subhash Das

AGE/YEARS आयु-वर्ष : 73
SEX लिंग : M

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : Bhagwan Das

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता : Ward/7, Vikarosi dharmshala gali & bus, Anna Lal ka plot, Dasvira, Unwerdhan brahmmen, Dist. Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता : Same as above



Presp Postop (0203) Subhash Das

OCCUPATION / व्यवसाय : Smt

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : NA

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न) : NA

PAN No. / PAN संख्या :
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो अपना हो उस पर सही का निशान लगाएं) : Yes / No : No

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 / आवेदन के लिए संबंध
1	Subhadra	60	F	Wife

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

EPL Card (Attach Card Copy) / एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एयूस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गए विवर्तन का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुर्च प्रमाण
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) PHACO + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है/

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वा. करा)

- 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 rescission/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यहाँ कोई विवरण एक कल्पन अथवा गलत बात है व अथवा सहायक विवरण सही नहीं बताया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अथवा मेरे पास किसी भी तरह से, उस मदद का उपयोग या सहायक विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न करने का निश्चय है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा. करा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/withhold/publish/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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी स्वीकृति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, मुझे, पत्र, साक्षात्कार, दूरदर्शन या कहीं भी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" को अधिकृत है।
- मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रयोग में लिये जा सकते हैं, सहायक का इस्तेमाल नहीं करके, इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का विवरण प्रसारित और सहायक जारी करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थक द्वा. करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

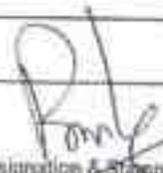
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की जाएंगे से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विन्य प्रपत्र में मांग व स्वीकार करते हैं।

- 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 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.
 - 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.
- हम (हस्पताल) यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायक किसी भी सहायक सहायक से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं कर सकते हैं, यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायक प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायक मिलती है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायक किसी व्यक्ति/रोगी को प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायक प्राप्त करने के लिए अपने सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्णतः सहायक प्राप्त करने के लिए जिम्मेदार होगा और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई भी सहायक प्राप्त करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

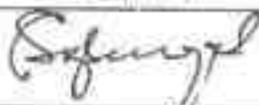
DR. GACHIN SHARMA
 1835, Ganga P.O., Noida, U.P.
 Reg. No. 1835/2013
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.


 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
 डॉ. व. नं. हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 03/12/20

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्थक द्वा. करा)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

