

VRN- C-20-12-0337

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रम : **V/1220/0209** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **07/12/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **Kishanpyasi** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **90** SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : **Raju**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : **Kapur, Dhaku, Raha, Mat**  
 DIST. **Mathura, U.P. 201204**  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता : **Same as above**



PROVIDER'S NAME : **Prab Postop**  
 (0209) **Kishanpyasi**

OCCUPATION / व्यवसाय : **Home Maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **2/000/- (Family)** (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) : **NA**

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

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Sundan Singh	late	M	Husband
2	Huddu	99	M	Son
3	Rameshvari	47	F	Daughter in law
4	Rakesh	51	M	Grand Son
5	Shyam	32	M	II

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय नहीं प्रमाण पर (अन्य आय की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (अन्य पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु लिये गये चिकित्सा उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	<b>RE - Total Cataract</b>
	<b>LE - Total Cataract</b>
	<b>Surgery - (RE) SICS + IOL</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 / इसी उद्देश्य हेतु सहायता राशि
1	<b>DBCS</b>	<b>2000/-</b>

**DECLARATION by APPLICANT- अर्थिक प्रयोजना पर-**

- 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 suspension/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, seek or reimburse, in part or in full, from any other source (employer/insurance company, of the unit for which this assistance is received).
- मेरे अंशक बताने हैं कि इस प्रस्ताव में उल्लेख की गई सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण है तो मुझे ज्ञात है कि मैं वास्तविक में ऐसा ही कर सकूँगा।
- मैं यहाँ पर सत्यता पत्र "कॉशिका फाउन्डेशन" में उल्लेख की गई है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्णतः कर लेने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में पर्यटन है।
- मैं यहाँ पर बताने हैं कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग-थलग किसी अन्य स्रोत (रोजगार/बिमा कंपनी) से मदद नहीं माँगी है और नहीं माँगना चाहता।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक प्रयोजना पर)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use (publish) or 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/health events. 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 resuming 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर मैं (अर्थिक प्रयोजना पर) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करने हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रस्ताव में उल्लेख हैं, उसे "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा वास्तविक में उद्देश्य को पूर्णतः कर लेने के लिए उपयोग में लाया जा सकता है।
- मैं (अर्थिक प्रयोजना पर) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करने हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है। मैं यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करने हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है।
- मैं (अर्थिक प्रयोजना पर) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करने हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है। मैं यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करने हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थिक प्रयोजना पर अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (रिक्वायस्ट प्रदान करने)**

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this case/application 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 will have the right to make an appeal to the hospital from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any public 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 or 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा यहाँ पर सिफारिश करने के लिए अंगूठे का छाप लगाकर, हम (हॉस्पिटल) यहाँ पर निम्नलिखित बातें स्वीकार करते हैं:

- वह कि हमें अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/केस के लिए वित्तीय सहायता नहीं माँगी है, बल्कि हमें "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता माँगना है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हमें यह बताने का अधिकार सुरक्षित रहता है कि हमें वित्तीय सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- "कॉशिका फाउन्डेशन" से हमें वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा चूने गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच के विचारों और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के इलाज सुझाव और अपने चयन को जारी रखने के लिए पूर्णतः उत्तरदायी होना होगा और "कॉशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

DR. SACHIN CHAKRAVARTY  
 M.B.B.S., D.M., F.R.C.S. (Gen. Surgery)  
 Reg. No. 99484

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व प्रमाणक नंबर सहित

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 पदाधीन हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 पदाधीन हस्ताक्षर 2


