

VRN-C-20-12-0344-

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation For the poor & needy		
APPLICATION NO आवेदन संख्या:	V/1220/0214	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	07/12/20		
NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम	Shakuntala	AGE-YEARS वय-वर्ष	70	SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुप का नाम	Urindalal		 Present Postop (0214) Shakuntala		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अत्यानीय का					
Urli, Chhatra					
Distt Mathura U.P. 201401					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय अत्यानीय का					
Same as above					
OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित)	UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	22000/- (Family)	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA			
PAN No. क्या है या नहीं					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)					
Yes / हा / जी <input type="checkbox"/> No / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>					
FAMILY DETAILS कुटुंब विवरण					
Sr No क्रम संख्या	Name of Family Member कुटुंब के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
1	Sunika	late	M	Husband	
2	Ramya	39	M	Son	
3	Pooja	35	F	Daughter in law	
4	Rakesh	20	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Copy) गरीबों के खाते के 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) उपभोग्य कार्ड (उपभोग्य पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:					
Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	RE - Senile Cataract				
	LE - P.P				
	Surgery - (RE) SICS + IOL				
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 कई गई सहायता राशि			
1	TBGS	2000/-			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा प्रेषण करें)

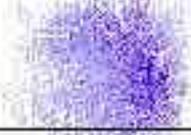
- I hereby confirm that the details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ensuing assistance liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose, as 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 social/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यथासंभव सच है कि इस प्रश्न में मैंने जो सभी विवरण भेजे हैं उनका सच एवं सही है। यदि कोई झिंझप एवं असत्य ज्ञान प्राप्त होता है तो उसे सहजता निवृत्त कर दे सकते हैं।
- मैंने इसका उपयोग करने "कोशिका फाउंडेशन", से जो मैं यहाँ है अन्य सहायता नहीं प्राप्त करूँगी, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- मैं यहाँ सचता है कि मैंने कभी नहीं और भविष्य में कभी नहीं, किसी अन्य सहायता/व्यवस्था/बीमा कम्पनी से न तो निधि है और न ही अधिक में सहायता।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करें)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use, publish, distribute, reproduce the 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/aid events. Such use of the photo & details cannot 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का उदाहरण देना (अर्शक) अपनी सहमति को प्रकट करता है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके आचार्यों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता और वे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं। इस "कोशिका" प्रश्न, नामों, पता, सचता/या दूसरे उद्देश्य से कुछ कार्रवाइयाँ और उपकरणों को निवेदन करने की प्रवृत्ति रखता है। इसका मतलब है कि मैंने अधिकृत है। मैंने इसका उपयोग करने उद्देश्य के पहले या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैंने कभी नहीं और भविष्य में कभी नहीं, किसी अन्य सहायता का उदाहरण देना। इस प्रश्न में "कोशिका" प्रश्न, नामों, पता, सचता/या दूसरे उद्देश्य का निवेदन करने और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करें)

- 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:
- 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. In the event 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 contribution/assistance shall be the Hospital's and we shall not accept 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 course of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangements 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 अंतर्गत, हस्ताक्षर या अंगूठे का उदाहरण देना "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को अर्शक है, जिसका (हस्ताक्षर) निम्न प्रस्ताव के माध्यम से स्वीकृत करते हैं।
 - 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से हमें प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निवेदन अधिकृत/कमल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो आवश्यक किन्हीं अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रति में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता निवेदन प्राप्त करने से पूर्व/पश्चात् किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मैंने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्ताक्षर प्राप्त होने पर सहायता या किन्हीं अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर का संबंध का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इससे पूर्व/पश्चात् में कोई भी हस्ताक्षर सुरक्षा और मान्यता को सही निष्कर्षों से ही हस्ताक्षर को होने और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का निष्कर्ष/प्रतिक्रिया नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
उपचार का तारीख
08/12/20

DR. SACHIN KUMAR
MBBS, MCh, FRCR (Neurology)
Reg. No. 103
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम संस्था 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम संस्था 2