

VRN- (20-12-032)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/1220/0217		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 07/12/20		
NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम: Kunti Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम: Hazarci Lal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक आवास का पता Kumarapur, Dhatauli, Dhatauli Distt. Aligarh, U.P. 202123				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय: Home Maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 21000/- (Family)			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA	
PAN No. (यदि प्राप्त हो):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उसे 'X' में चिह्नित करें): Yes: No: <input checked="" type="checkbox"/> हाँ: <input type="checkbox"/> नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) 35 : 36	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Pannalal	62	M	Husband
2	Chetan	35	M	Son
3	Veena	34	F	Daughter in law
4	Sohit	10	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मांगे विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached प्रमाणपत्र/दवाखर्च में जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न:			
	RE - RP			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (LE) PHACO + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किससे अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	
1	DACCS		2000/-	



Free of Postage
(0217) Kunti Devi

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें-

- I hereby declare 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 rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance I 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 initiate a claim of reimbursement, insurance or claim from any other source/employer/insurance company of the area for which the assistance is requested.
- मेरे द्वारा घोषणा की जाती है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदान नया जाता है तो सभी सहजता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो आवास करने "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने जा रही है, उसके उपयोग उद्योग उद्योग की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने स्वास्थ्य से संबंधित कोई भी दावा शुरू नहीं किया है, या किसी भी सहायक या स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से किसी भी अन्य प्रकार के स्वास्थ्य संबंधी कथनों में शामिल किया है और नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करें):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/allow others to 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 it's 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 irrevocable to me.
- इस प्रकार या अपने स्वास्थ्य या आवास के लिए आवास, मैं (आवेदक) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने में शामिल है, उसे "कोशिका" एम्बेड्डिंग, प्रिंट, चित्र, चित्रण, प्रसारण, प्रसारण या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न या विवरण में शामिल की गई सभी चीजों में "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे नहीं है। आवास का इस्तेमाल नहीं करना इस संबंध में "कोशिका" एम्बेड्डिंग, प्रिंट, चित्र, चित्रण और प्रसारण द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के स्वास्थ्य या आवास का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य द्वारा करें):

- By affixing hereunder signature of an Authorised Signatory for recommending this case/operation 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 or part of it further, the Hospital reserves its right to take up the case 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/recommended 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.
- हमने अधिकृत हस्ताक्षरों की संज्ञा के साथ-साथ "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- वह कि मैंने वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं मागे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के अर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विचारित/सिफारिश हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायक संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा कवर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने की प्रस्तावित केवल वित्तीय प्रकृति की है, रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या विचारित/सिफारिश का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई विचार नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी पर हस्ताक्षर और अपने नाम को अपने विचारों/लेने एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery आवेशन की तारीख 08/12/20	 (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
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	