

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य संरक्षण)

APPLICATION NO / आवेदन संख्या: **V/1220/0219** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **07/12/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Devi Singh** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **53** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **Shivdayal**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Chandauli, Dautang,**

Distt. Mathura, U.P. 28140

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Same as above**



Preop Postop
(0219) Devi Singh

OCCUPATION / व्यवसाय: **Farmer** MARRIED / विवाहित: UNMARRIED / अविवाहित:

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **20000/-** (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें): **NA**

PAN No. / पैन संख्या: **---**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes: No**
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): **हाँ: 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 सम्बन्ध
1	Prabha Devi	52	F	Wife
2	Pradeep	26	M	Son
3	Nandendra	24	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (उत्पाद पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	FWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आय आय का प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (आय आय का प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **सहायता हेतु किये गए विचारों का उद्देश्य:**

Sr. No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची प्रमाण
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery = (LE) SECS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: **इस उद्देश्य के लिए 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 / ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक द्वारा घोषणा 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 & any CG assistance liable for revocation/cancellation.
- I hereby 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 in future, seek reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which CG assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कहीं कहीं कथित एवं कथन असत्य प्रमाण तथा है तो मैंने सहजता निरास कर ले हकदारों को।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली ये सहायता केवल उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि बिना उपाय नही कर प्रार्थना करी गाँ है। उपाय यदि क. अधिक या सफल होगा किसी अन्य प्राय:निर्वाहक/बचन/कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo, address, 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 fulfilment 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 अंगूठ की छाप लगाकर मैं (अर्शदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बा विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यायीयों, दान, सहायता/CG इत्यादि उद्देश्य में मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र को विवरण की प्रतिलिपी के माध्यम से बाद में कम्पनी के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत हैं।
- मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शदक का हस्ताक्षर या अंगूठ की छाप

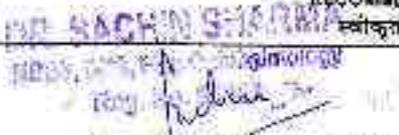


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

- By affixing hereunder signature of an Authorized 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, 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. The confirmation expressly 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/adopted 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 जाते हैं न्यायीयों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे उपाय (हस्ताक्षर): निम्न प्रकार से सत्य व सहीकरा जाता है:
 - यदि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी के सहायता सम्बन्ध या किसे अन्य स्रोत से उपाय प्रेषित/मागने में लगे या ले रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में सत्य कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृत का है। सहायता हेतु प्रार्थना की जा सकती है।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। मेरी पर हस्ताक्षर द्वारा मैं यह स्वीकार कर लिये एवं उपाय/प्रक्रिया का चुनाव मेरी पर हस्ताक्षर के साथ ही किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। अस्पताल/हस्पताल में रोगी के उपचार द्वारा और जाने जाने की सभी विधायों मेरी पर हस्ताक्षर की जाते हैं। "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृता के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपरेटन की तारीख 08/12/20	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2
	