

VPN-C-20-12-0376

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1220/0221		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 08/12/20		Koshika Foundation Kalyan, Gurugram	
NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: Ishwari Devi		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 66	SEX / लिंग: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रक का नाम: Rupkishori		PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता: Harautha, Mansaautha Dist. Mathura, U.P. 281301		Present Postcode / (0221) Ishwari Devi	
OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/>		TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 19500/- (Family)	
FAN No. / स्वस्थता प्रमाण संख्या:		ATTACH PROOF OF INCOME / (आय का प्रमाण संलग्न): NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>	
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध	
1	Son / पुत्र	64	M	Husband / पति	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आधार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) / वितरण कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	
				Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण	
'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किए गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिमान सूची संलग्न				
1	RE - Senile Cataract				
2	LE - Senile Cataract				
3	Surgery - (E) 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 / जो गई सहायता (रु०)		
1	TBBS		2500/-		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक का बयान पत्र):

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. A false statement will render my Application & ensuing assistance, if granted, 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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is being requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रपत्र में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई निरुद्ध एवं कथन असत्य पाया जाता है तो ऐसी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उल्लेखित प्रपत्र में उचित उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताना गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं अब सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जो कि किसी भी अन्य सहायक/व्यक्ति/संस्था/कंपनी में न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

- By affixing the signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to: any publication, 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 its 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपना सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके पालकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, जहाँ और जहाँ के प्रकार में सहायता है, उसे "कोशिका" रूप में प्रकाशित, या प्रकाशित करने के लिए उद्देश्य से मुझे प्रेरितियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रेरित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का प्रकाशन मेरे इच्छित या न हो करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में यहाँ अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छोटे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में अधिकृत हैं, उन्हें स्वयं प्रकाशित या प्रकाशित नहीं कराया। इस संबंध में "कोशिका" रूप में उसके प्रकाशित का विषय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

- 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, 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 financial 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 arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & 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 हस्ताक्षर की ओर से यहाँ उल्लेखित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरुद्ध प्रपत्र में उल्लेखित करते हैं।
- 1) वह हमें न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उल्लेखित प्रपत्र में उल्लेखित प्रपत्रों से लेनी या लेना रहे है। जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश उल्लेखित प्रपत्र में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरुद्ध/असहमत हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो हमारा कौनो अन्य या सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने वाले सहायता संस्थानों हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने वाले सहायता संस्थानों हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह वित्तिय सहायता है। जो कि सहायता प्रदान की गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करना एवं हस्ताक्षर कर लेना का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान का कोई प्रभाव नहीं है। इसमें उल्लेखित प्रपत्रों के द्वारा सहायता प्रदान करने वाले को यहाँ अधिकृत प्रपत्र एवं हस्ताक्षर कर लेनी और "कोशिका" को कोई सहायता या सहायता इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभियंत्रण की तारीख 09/12/20	 DR. SACHIN SHARMA M.B.B.S. D.M. (Gen. Ophthalmology) Reg. No. 50193 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजि. नं. व हस्ताक्षर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	