

VRN-C-20-12-0434

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO

V/220/0229

APPLICATION DATE

09/12/20

NAME of APPLICANT

Jhamman

AGE-YEARS

52

SEX

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

Omprakash Sharma



PRESENT RESIDENCE ADDRESS

Neem Gaon, Barabara Road, Neem Gaon, Pandit
Mandala, Neemgaon, Govardhan Brahman, Bhera, Uthar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

Distt. Mathura, U.P. 201502
Same as above

Pratap Postop

(0229) Jhamman

OCCUPATION

Laboury

MARRIED (विवाहित) + UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

18500/-

(Attach Proof of Income)

(अथवा का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

Yes/No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो माल को उद्योग पर लगे का विवरण संलग्न करें)

हाँ / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य

Sr. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाइयों से संबंधित डॉक्टरों द्वारा प्रदान की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT - आवेदनक द्वारा बयान पर:

1. I hereby declare that all details in this Form are True to the Best of my knowledge. Now I am submitting this Application & ongoing Assistance (if applicable for rejection/cancellation)
2. 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 provided by me.
3. I hereby declare that I have not & will not in future, avail of reimbursement in part or full from any other source (including insurance company) of the amount for which the assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं रहता या सच नहीं रहता तो मैं पूर्णतया निरास हो जा सकता हूँ।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने 'कोशिका फाउंडेशन' से सहायता प्राप्त की है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतया निष्पक्ष रूप से ही किया जाएगा। अन्य किसी स्रोत से इस सहायता के लिए प्राप्त किया जा रहा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त की है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतया निष्पक्ष रूप से ही किया जाएगा। अन्य किसी स्रोत से इस सहायता के लिए प्राप्त किया जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 1) By affixing the signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) (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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और 'कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरा चित्रण इस प्रपत्र में प्रयोग करें, उस 'कोशिका' उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता प्राप्त की जा रही है, और वित्तियोगों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रस्ताव बनाने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' में प्रेषित किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को 'कोशिका फाउंडेशन' से प्रेषित है, जो उद्देश्य के पूर्णतया निष्पक्ष रूप से प्रयोग के लिए किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) 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 outside assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/therapy used are 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.
- इससे अधिकृत हस्ताक्षर को आगे से सहायता के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' से विवेकपूर्वक सहायता प्राप्त की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निष्पक्ष रूप से प्राप्त करने के लिए सहमत हैं।
- 1) यह कि मैंने सहायता प्राप्त की है और मैंने घोषणा की है कि मैंने सहायता प्राप्त की है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतया निष्पक्ष रूप से ही किया जाएगा। अन्य किसी स्रोत से इस सहायता के लिए प्राप्त किया जा रहा है।
 - 2) 'कोशिका फाउंडेशन' से प्राप्त सहायता केवल वित्तियोगों के लिए है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' में प्रेषित किया जाएगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

DR. BACHIN GUPTA स्वीकृती के लिए संस्तुत
[Signature]
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाजक संस्था का नाम

[Signature]
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
 डॉक्टर का नाम व इलाजक अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 10/12/20

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2
[Signature]