

VRN-C-20-12-0455

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation KOSHIKA NAGAR, U.P.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/1220/0234		APPLICATION DATE. आवेदन तिथि: 09/12/20		
NAME of APPLICANT. आवेदक का नाम: Radha		AGE-YEARS आयु वर्ष: 70	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME. पिता/सहस्रक का नाम: Namdu				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: 179, Kishor nagari, Mathura Distt. Mathura, U.P. 281001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 21000/- (Family)		ATTACH PROOF OF INCOME (अंग का साक्ष्य संलग्न): NA		
PAN No. स्थान जाना सज्जा				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे क मही का चिह्न लगायें): Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Gopal	65	M	Husband
2	Kishor	27	M	Son
3	Raveena	34	F	Daughter in law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिलिपि देकर ले लेने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति उत्तरण कर)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति उत्तरण कर)		Ration Card (Attach Copy) उपयोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा प्रति उत्तरण कर)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे क्या चिह्नित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन दूनी संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (RE) SICS + IOL			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल गया तो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ती गई सहायता राशि		
1	Lupin Foundation	1000/-		



Proof Photo
(0234) Radha

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका को भरा जाए)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable to be discontinued.
- 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 to whom I have or may have any claim of the amount for which assistance is requested.
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस फॉर्म में जो जानकारी दे रहा हूँ, उसके बारे में मेरे ज्ञान के अनुसार सच है। कोई भी झूठा बयान मेरे आवेदन और जारी की गई सहायता को रद्द कर सकता है।
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस फॉर्म में जो जानकारी दे रहा हूँ, उसके बारे में मेरे ज्ञान के अनुसार सच है।
- मैं यथार्थता के साथ यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस फॉर्म में जो जानकारी दे रहा हूँ, उसके बारे में मेरे ज्ञान के अनुसार सच है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and the Trustees of Koshika Foundation 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 donors 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.
- 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी छवि और विवरण के लिए "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा चर्चा, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से मुझे प्रोत्साहित करने के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयास का विवरण मेरे प्रयास के पूरने या पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से चर्चा अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका के भरोसे में प्रकाशित करने के लिए स्वतंत्रता प्रदान की जा सकती है। इस रूप में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करा)

- By affixing my/our signature of our Authorized Signatory for recommending our candidate 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/doctor is not to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation is essential since 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 cost of the treatment/procedure already conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the parent & 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.
- हस्ताक्षर/अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से साक्ष्य करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाली है, कि वह हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करता है।
- वह कि वह न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से वही या से कोई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन अर्थात् अर्शिका से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है तो हमें सहायता किसी अन्य सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक संस्था से सहायता लेने की आवश्यकता नहीं है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्पताल विशेषकर हमें उक्त सहायता प्रदान करने के लिए स्वतंत्रता प्रदान की जा सकती है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो वित्तीय सहायता मिलती है वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। यदि हमें हस्पताल द्वारा ही कोई सहायता या प्रक्रिया एवं उपचार/प्रक्रिया का शुल्क देना पड़े तो हमें सहायता के लिए या किसी भी अन्य "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर करने वाले हस्पताल में सेना को सहायता प्रदान करने और अपने अपने को सहायता प्रदान करने के लिए "कोशिका" को कोई भी सहायता या वित्तीय सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

DR. SACHIN SHARMA (अर्शिका के लिए अनुमति)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
11/12/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर सहित
DR. SACHIN SHARMA
Regn. No. 1111111111

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका के उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आगे हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आगे हस्ताक्षर 2
[Signature]