VRN-C-2002-1465

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation

APPLICATION No. / आवेदन संख्या :	V/0320/1262
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि	06/03/2020
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Hari Singh
AGE-YEARS आयु-वर्ष	58
SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Dal chand



Preop Postop

(1262) Hari Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Uksra, Lasra, Mathura
DISTT. Mathura, U.P. 281004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as Above.

OCCUPATION व्यवसाय	Farmer
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	21000/-
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	NA
PAN No. स्थाई खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)	Yes / No 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 सम्बंध
1	Pushpa Devi	57	F	Wife
2	Raj Kumar	35	M	Son
3	Radha	33	F	Daughter in law
4	Sonu	30	M	Son
5	Preeti	25	F	Daughter in law
6	Reena	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निर्धारित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बी.पी.एल. (बी.पी.एल. 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) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु लिये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन/मेडिकल रिपोर्ट संलग्न
	RE = PP
	LE = Senile Cataract
	Surgery = (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	SCF H	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

1) I hereby confirm that all details in our Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable 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 requested by me.
3) I hereby confirm that I have not & will not, in future, avail or reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company or the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन आपत्ति पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल विवरण किसी अन्य संस्था/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to analyse/circulate/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 & data is can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the purpose for which assistance is being requested.
2) 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 authorise/entitle me/applicant 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 (आवेदक) आपने व्यक्तिगत की पुष्टि करता हूँ एवं 'कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीगण " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में संलग्न है, उसे 'कोशिका' एवम् उसी, दान, याचनाएं एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है, मेरे इलाज को क्रियान्वित और इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ये स्वतंत्र अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक 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:
1) that we neither are presently nor will in future avail or 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. The confirmation hereby states that the Hospital will not seek any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
2) The assistance from Koshika Foundation is only first step in advance. The choice of the recommended 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 sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकार करते है:
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संस्थाएं/संस्थान या किसी अन्य स्रोत से अब प्रेषित/आने में लगी या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित/प्रस्तावित अब के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु कि है यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल रूप मंजूर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य और संस्थानों संगठन या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त प्रेषित/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
2) 'कोशिका फाउन्डेशन' से जो भी सहायता केवल चिकित्सा प्रकृति की है। आगे का इलाज हम (हस्पताल) की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' का/या उसका कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे क्या को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और 'कोशिका' की कोई दुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के, लिए अनुशंसित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन व सील सहित	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
07/03/2020	Dr. ABHISHEK HANDA MCI No.-89-35572 Sign	Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2