VRN- C-20-03-0228

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

Koshika foundation
Building blocks of life.



Preop Postop
(1269) Gaytri Devi

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V/0320/1269	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	09/03/20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Gaytri Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	66
		SEX लिंग	F
FATHER S/SPOUSE S NAME : पिता/पति का नाम	Nainda Singh		

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Nanki Dhanuj, Nanchidhanuj, Beswan
Distt- Aligarh, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
Same as Above

OCCUPATION : व्यवसाय	Home maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	24000/-
(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 के नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Nandan Singh	69	M	Husband
2	Sanjay	41	M	Son
3	Vinita	38	F	Daughter in Law
4	Pyarelal	33	M	Son
5	Kanchan	36	F	Daughter in Law
6	Ankush	11	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेखन सूची संलग्न
	RE- Senile Cataract
	LE- Senile Cataract
	Surgery- (RE) SICS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता ली
1-	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

1) 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, 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 of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance co/ any party, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण गलत अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मेरे द्वारा यह सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि उक्त सहायता हेतु यह प्रार्थना पत्र मैंने दाहे के आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्राप्तिस्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

I) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/photo/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.
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 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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति 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 वर्णित है, उसे 'कोशिका' एवम् न्यासी, दान, प्रायोजकता हेतु अनुरोध में लगी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपचार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है उससे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing here under 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 of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are receiving/ to get from Koshika Foundation. In part or in full, from the Hospital reserves the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate 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/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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से चिकित्सीय को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तीय मदद के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल रूप से पूरा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लिया/लेंगे।
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाले की सारी जिम्मेदारी अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No. 49-55572
Sign.....

Dr. Shroff's Eye Care Institute
Administrator

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन न. सहित	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
09/03/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका उपयोग हेतु

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