VRN- C-20-03-0233

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

Koshika foundation
building block of life.

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V 0320 1271
APPLICATION DATE आवेदन तिथी	09 03 20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Mahavir Prasad
AGE-YEARS आयु वर्ष	67
SEX लिंग	M



Preop Postop

(1271) Mahavir Prasad

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : Kirod

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagla Sanjay, Akos bangar, Akos
Distt- Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as Above

OCCUPATION : व्यवसाय : Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 26000/-

(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 हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr No क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Shanti	64	F	Wife
2	Keshav	38	M	Son
3	Rajesh	34	M	Son
4	Anil	21	M	Son
5	Alka	36	F	Daughter in law
6	Rajkumari	31	F	" " "

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (राशन का की छाय प्रति संलग्न करें)	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 आये की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE- Total Cataract
	LE- Senile Cataract
	Surgery- (RE) SICS + IoL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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 राशी
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 hereby 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 any assistance, in part or in full, from any other source/employer/ insurance company, for 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुनि घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या संकल्प किसी अन्य स्रोत/नियोजक/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 it's Trustees to use/publish/circulate/broadcast 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 it's 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 और पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" द्वारा चाही, गई जानकारी हेतु उद्देश्य से पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के जाने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" ये चाही अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रस्तावित की अवधियों में अंकित है मुझे स्वतः सहायता को हकदार नहीं बनाता इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing name/seal/signature of our Authorised Signatory for recommending the 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. In the event that such assistance is granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves the right to take 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 purely 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मान्यकरण की "कोशिका फाउन्डेशन" से विशेष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशेष सहायता किसी और संस्था/ संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसका देनी/मालिक से लेने जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिकमेन्डेशन/सिफारिश एक के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा लाइट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता चिन्हित आंशिक/अंकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से मरीज का अधिकतम सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष इस रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं संपर्क करेगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी एवं हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार के कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज मुल्यांकन और अगले सभी निर्णयों की पूर्ण जिम्मेदारी हस्पताल की होगी और "कोशिका" की इसके प्रभाव से जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No. 09-35572
Sign

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

BHRC-Dr. Agarwal's Eye Care Institute
Administrator
Mundapam Distt. Jabalpur

Date of Surgery आपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सुपरिटेन्डेन्ट अधिकृत अधिकारी
09/03/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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

30.12.2019