VRN - C 19-11-1594

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

Koshika foundation

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/0220/1140	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 06.02.20
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Nur Janha	AGE YEARS आयु वर्ष: 55 / SEX लिंग: F
FATHER S'SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: Nawabuddin Khan	



Pre op Post op
(1140) Nur Janha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
H.No. 196, Maheshwarpuri, Kheri Raja
Mathura, Distt- Mathura, U.P. 281001
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION व्यवसाय: Home Maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 19000/-
(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 लागू हो उस पर सही का निशान लगायें): Yes / हाँ ; No / 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.	Mauhammad Sarif	56	M	Husband
2.	Salman	30	M	Son
3.	Najika	27	F	Daughter in law
4.	Rubina	05	F	Grand Daughter
5.	Sabina	03	F	Grand Daughter
6.	Salman	02	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अति गरीब प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र के छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उसकी छा. 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 जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LE - JMSC
	Surgery - (RE) SJPS+3-01

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

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

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 & (if any) 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 for 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/s/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य संस्था/व्यक्ति/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 its Trustees to use/distribute/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/& Timeline 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो "कारण" इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" द्वारा, चाहे, मौखिक/या मुद्रण माध्यम से चाहे इलेक्ट्रॉनिक विधियों और डायलिंगों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसको अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है चूंकि स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी 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 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 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 as well as/or duration of 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की जो भी न्यासियों को "कोशिका फाउंडेशन" 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 जैसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लिये जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णित आंशिक/सकल रूप से मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी समय एक रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेगा/लेगी।

2) 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बात की सभी जिम्मेदारी पूर्ण रूपेण होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No. - 58417 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
07.02.20		Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कार्यालय उपयोग हेतु

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