URN: C-20-02-0320

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

Koshika foundation
Building stories of life

APPLICATION No आवेदन संख्या :	U/0220/1144	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	06.02.20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Harekrishna	AGE-YEARS आयु वर्ष: 84	SEX लिंग: M



Preop postop

(1144) Harekrishna

FATHER S/SPOUSE S NAME : पिता/पति का नाम: Chhotjan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Nayjee Thak, Chhoda
Dist- Mathura, U.P. 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
Same As Above

OCCUPATION : व्यवसाय: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 27000/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): N/A

PAN No. स्थाई खाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 के नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	Kiran Devi	late	F	Wife
2.	Tulsa	59	M	Son
3.	Jasmola	53	F	Daughter in law
4.	Sahab	20	M	Grand Son
5.	Moorchand	48	M	Son
6	Meena	43	F	Daughter in law

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ रूप से कमजोर 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 किये गये विनती का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रॉतवेदन सूची संलग्न
	RE - SMSC
	LE - P.P
	Surgery - (Re) Sestrol

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 राशी
1.	SCERT	

DECLARATION by APPLICANT अावेदक द्वारा घोषणा :

1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Applicator's 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 company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिया गया सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा यह घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग सिर्फ उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस उद्देश्य हेतु यह प्रपत्र भरा गया है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/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 its Trustees to use/publish/post/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 treatment of the "patient" for whom 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 such 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 ट्रस्टीगण' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे 'कोशिका' एवम् अन्यों, द्वारा, माध्यम पर दूसरे उद्देश्य से जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रचार माध्यम द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र के विवरण को इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्यों अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से जोड़ि है पूर्व स्वतः सहायता को हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् अन्यों गतिविधियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल 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/undertake :

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 it from Koshika Foundation. In the event that such assistance is 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. This confirmation accordingly 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 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 हस्ताक्षरों की छाप के माध्यमसे यह "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु अनुशंसा की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और - ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में मांगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से अनुरोध/विनति की है के परिणाम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भाग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महत्ता विनति आंशिक/अंशतः रूप मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है. इस पृष्ठि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्त्रोत उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लगायेगा।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रेषित विलिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हुआ जो गई सलाह व किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। अतिरिक्त इलाज में होने के खर्च एवम् और आगे आने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल की 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 - 69417 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अस्पताल के हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
07.02.20		

Dr. Shroff's Eye Care Institute Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ट्रस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ट्रस्टी हस्ताक्षर 2