URN-C-20-02-0310

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

Koshika foundation

APPLICATION No आवेदन संख्या :	U/0220/1145
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	06.02.20



Pre OP Post OP
(1145) Shila Devi

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Shila Devi	64	F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम : Ram Dayal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता :
Kalana, Kodano Gangav, Bajna, Mat
Distt- Mathura, U.P. 281201

FERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता :
Same As Above

OCCUPATION व्यवसाय : Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 24500/-	(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 / 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 सम्बन्ध
1.	Benaru	64	M	Husband
2.	Mohan	46	M	Son
3.	Ajay	38	M	Son
4.	Saroj	38	F	Daughter in Law
5.	Suman	36	F	Daughter in Law
6.	Sahil	14	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) राशनिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर द्वारा दी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE- P.P
	LE- FMSC
	Surgery - (LE) SFCS + FOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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 ली गई सहायता राशि
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 liable for rejection/cancellation.

2) I hereby confirm that assistance (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 receive/have received reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company or the entity for which this assistance is being sought.

1) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण दूषित पाया जाता है तो मेरे सहायता नियत की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा या संबंधित यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से माँगी जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पाया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोजक/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/upload/procure 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीगण " को अधिकृत करता हूँ कि वो नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है उसे "कोशिका" एवम् जांची, दान, संचालन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण की इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस संबंध में "कोशिका" एवम् 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 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. In the requested assistance is not granted by Koshika Foundation in part or in full, then the Hospital reserves its 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 पायले-रोगी के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान व स्वीकार करते है।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वैसी सहायता किसी और संस्थाएं संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/पायले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुरोध इस के सम्बन्ध में " कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भेजा गया है कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिलकुल आंशिक/सकल रूप मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता अंशतः वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हेतु जो भी सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं डॉक्टर का लिया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अन्त जाने की सारी जिम्मेदारी, रोगी एवं डॉक्टर 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. - 58417 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अस्पताल के अधिकृत अधिकारी
07.02.20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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