VAN: C20-02-0309

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

Koshika foundation



Pre op Post op
(1146) Ram Moorth

APPLICATION No. आवेदन संख्या	V/0220/1146	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	06.02.20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Ram Moorth	AGE-YEARS आयु-वर्ष	44
		SEX लिंग	F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Kalana Bangar, Bajna
Distt. Mathura, U.P. 281201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता:
Same as Above

OCCUPATION व्यवसाय	House makey	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 भरते हैं (जो मान्य 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 सम्बंध
1.	Udai Ram	48	M	Husband
2.	Sandeep	20	M	Son
3.	Manisha	17	F	Daughter
4.	Lokesh	14	M	Son
5.	Babli	11	F	Daughter

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 करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्यन्त आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (राशन कार्ड 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 से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - PIP
	LE - EMSC
	Surgery - (LE) STCS + ZOL

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

Sr. No क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	SCH	

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 & grant of assistance 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 or 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 है। यदि कोई मिथ्या तथ्य कथन आदेय पाया जाता है तो मेरे उपचार निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस की सहायता राशि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा जो इस प्रपत्र में कहा गया है।

3) मैं घोषित करता हूँ कि जिस उपचार हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या पूर्ण 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/circulate my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to written, oral, 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 any 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 in any way 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) मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और यह विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे 'कोशिका' एवम् अन्यों, द्वारा भामाशाहों जुटाने उद्देश्य से सूचना 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 में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि उपरोक्त में उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे 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 का 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. In the event such assistance is granted by Koshika Foundation in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or by other source. This confirmation accordingly stands 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 healthcare procedure advised/recommended by the Hospital on the patient is based on the arm's length 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.

1-वर आवेदक, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय 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 वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/लिखित तथ्य में उल्लेख में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा तथ्य हेतु कि है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/पूर्णतः हेतु मंजूर 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 कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी मंच या किसी अन्य माध्यम से नहीं संपर्क करेंगे।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये स्वास्थ्यकिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा रोगी प्रकार का कोई दबाव नहीं है इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और साथ जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Priya Agrawal
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 65417

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
07.02.20

Name..... 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)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Dr. Shroff's Eye Care Hospital Pvt. Ltd. Administrator Vasundhara Ghaziabad

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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