VRN- C-20-02-0390

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

Koshika Foundation



Bed of Post op
(1150) Vijay Kumari

APPLICATION No.: आवेदन संख्या	V/0220/1150	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	08-02-20
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Vijay Kumari	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम	Amarpal Singh		

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
Pachsary Raya,
Distt- Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता
Same as Above.

OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 20000/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. पैन 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 लगाये) 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 सम्बन्ध
1.	Mithlesh Singh	60	M	Husband
2.	Mukesh	40	M	Son
3	Kailashi	38	F	Daughter In Law
4	Kajal	17	F	Grand 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) अल्प आय वर्ग 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 विनतों का उद्देश्य:

Sr. No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	T.E - P.P.
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 राशी
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I do 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 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 आवेदन - प्रिंट में दी गयी सभी जानकारी मेरे जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा इस माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मांगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दर्शाया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस गतिविधि हेतु यह सहायता मांगी गई है, उस राशि का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत-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 it's Trustees to use/publish/photocopy/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 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 को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् उसकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मैं इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न चाहे अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्य 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 the following:

1) that we/ the hospital presently not 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 this 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 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 को ओर से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मानते व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विगत सहायता किसी अन्य सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लिये गये या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के सम्बन्ध में 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा स्वीकृत हेतु किये है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्धारित सीमा/मात्रा 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 से स्पष्ट होता है कि अस्पताल दिनांक उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. 'कोशिका फाउन्डेशन' से जो भी सहायता प्राप्त होगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये इलाज/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच के निर्णय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाली किसी भी रोगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जरी की तारीख		
08-02-20	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Opthalmology Reg No - 66417 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन संख्या	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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