VRN-C-20-02-0380

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

Koshika Foundation

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V/0220/1153	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	08-02-20

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Shyamvati	54	F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Rajka Mainga, Post- Badhan Kakraoli, Kaya, PS&P - Mathura, U.P. 281204

FERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pic of Post op (1153) Shyamvati

OCCUPATION व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 28000/-

(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 हैं (जो लागू 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 का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	Ramesh	54	M	Husband
2	Bhanu	28	M	Son
3.	Poonmasi	19	M	Son

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) अन्य 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सालय/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LE - JMSC
	Surgery- (LE) SJCSH201

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.	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, 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 financial assistance (in part or in full) from any other source/sister/associate company, of the amount for which this assistance is requested.

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

2) मैं इस बात की सहायता राशि 'कोशिका फाउन्डेशन' से 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 उद्देश्य हेतु यह सहायता राशि मांगी गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य संस्था/संगठन/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/duplicate/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through any medium including but not limited to works, 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 की 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 जो विवरण इस प्रपत्र में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, धन प्राप्तकरने दूसरे उद्देश्य से बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रचार माध्यम द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र के विवरण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' व न्यासी अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में अंकित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध 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 the 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मामले/मरीज का "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे मैं (हस्पताल) निम्न शर्तों से पालन व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में उसिय सहायता किसी और संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उस रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमसे "कोशिका फाउन्डेशन" से निवेदन/सिफारिश उस के मामले में 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा गयी हेतु कि है। यदि 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा सहायता वित्तीय 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 बुनि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता जैसेकि वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी सब हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी रूपमा का कोई दखल नहीं है। हमारिगे हस्पताल में रोगी के इलाज मुल्क और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Priya Agrawal
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 58417

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
08-02-20

Time..... Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं सहित

(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