VRN-C-20-02-0385

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

Koshika Foundation

APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	V/0220/1154	APPLICATION DATE: आवेदन तिथी	08-02-20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Chhiga	AGE-YEARS आयु-वर्ष	72
		SEX लिंग	M



Pre op Post op
(1154) Chhiga

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vill- Koyal, Post: Koya, Koyal
Distt- Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
SAME AS Above

OCCUPATION: व्यवसाय : unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय : 22000/-	(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 चिन्ह 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.	Lavleen	30	F	Wife
2.	Sanjay	45	M	Son
3.	Sangam	42	M	Son
4.	Anand	40	M	Son
5	Mubina	40	F	Daughter in Law
6	Rekha	38	F	Daughter in Law

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 (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 प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	RE- PP
	LE- EMSC
	Surgery- (LE) SECS + TOL

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 :-

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 reimbursement, in part or in full, from any other source/charitable trust/service company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि 'कोशिका फाउंडेशन', से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में दर्शाया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य ट्रस्ट/निगम/सेवा 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/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 various 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) do hereby 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 ट्रस्टीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् अन्य, यान, माध्यम/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उचित माध्यम से उपयोग करने के लिए अधिकृत है। यह उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को भी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्ण स्वतः सहायता को स्वीकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों 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 this case/patient, for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we /he/she are 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 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 purely financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital or 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 & the outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी का 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाने है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है

1) यह कि हम ने वर्तमान और न ही भविष्य में विनिर्दिष्ट मरीज/मामले किसी और संस्थान या किसी अन्य स्रोत से अन्य गैरसरकारी में लिये या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु के मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्वयं हेतु कि है यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता राशि आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्रोत/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी एवं हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज, सुरक्षा और उनके जान की सारी जिम्मेदारी उसी 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
09-02-20

Time..... Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हास्पीटल व पंजि न

BHRC-DY. SUPDT. Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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