VRN-C-20-01-0963

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

Koshika Foundation
(Unlock the best in life)

APPLICATION No. आवेदन संख्या : V/0220/1167	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 10-02-20

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु वर्ष	SEX लिंग
Leeladhar	50	M



Pre-op Post-op
(1167) Leeladhar

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम: Amar Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Bhamatpura, Jakhauli, Fakhama
Distt- Mainpuri U.P. 205265

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता:
Same as Above

OCCUPATION व्यवसाय: Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 19500/-

(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.	Urmila	47	F	Wife
2.	Ajay	25	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 प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनिंग कार्ड (प्रमाण पत्र की 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - RE SSCS + TOL

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.	SCEM	

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 to 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 solemnly 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 me/self for which the assistance is requested.

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

2) मैं इस बात की सत्यापित करता "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरे द्वारा जो सहायता, मेरे द्वारा इस फ़ॉर्म में बताए गए "उद्देश्य" के लिये मांगी गयी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस उद्देश्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस मद के आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य सोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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/post-up/ 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 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 be solely 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 पत्र 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 मेरा नाम, पता, फोटो और यह विवरण इस प्रपत्र में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी गण, व्यवस्थापक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे पत्र का विवरण मेरे 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 जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभावित है पूरे तरह 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 के हस्ताक्षर या अंगूठे के 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 all other 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. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation in part or in full, then the Hospital reserves the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation especially 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 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 अधोहस्ताक्षरी, हस्ताक्षरों की ओर से कम्पनी की 'कोशिका फाउन्डेशन' से लिये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, लिये हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में लिये सहायता किसी और सरकारी संगठन या फिर अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिखित/मौखिक तौर से सम्पर्क में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से 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 से स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेंगी।

2) 'कोशिका फाउन्डेशन' से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने वाले सारे विषयों पर पूर्ण जिम्मेदारी ली होगी और "कोशिका" का कोई दुष्परिणाम 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.....

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
11-02-20

(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

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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