VRN: C-20-02-0550

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

Koshika foundation
Building block of life



Bhopa Post op
(1168) Khatun

APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	U/022011168	APPLICATION DATE: आवेदन तिथी	10-02-20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Khatun	AGE-YEARS आयु-वर्ष	65
		SEX लिंग	F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम: Churni Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Bhadhau, Bhadhau
DISTT- Hathras, U.P. 281307

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:
Same as Above

OCCUPATION व्यवसाय: Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 23,000/-	(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 देते 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.	Rijajuddin	late	M	Husband
2.	Nijamuddin	45	M	Son
3.	Rani	43	F	Daughter in law
4.	Moonali	39	M	Son
5.	Javed	22	M	Grandson
6.	Sanjida	35	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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (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 आवश्यक/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE- IMSC
	LE- IMSC
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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, liable for rejection/cancellation.

2) I 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 पुष्टि करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है. यदि कोई मिथ्या तथ्य प्रकाश में आता है तो मेरे आवेदन निरस्त की जा सकती है.

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मुझे जो भी सहायता, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है.

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस उद्देश्य हेतु यह प्रार्थना की गई है उस राशि के आंशिक या संपूर्ण 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 it's Trustees to use/ distribute/ re-produce 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 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) इस प्रपत्र पर 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 जो विवरण इस उद्देश्य से पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, इन, माध्यमों (इसे बगैर) में इसी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र 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 मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है पूर्ण रूपेण सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder the signature of our Authorised Signatory for recommending the consideration for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we are not 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, the such assistance is granted by Koshika Foundation or 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 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/discussed 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 & the outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in no manner.

इसमें अधिकृत, इलाकारी की ओर से मरीजों/रोगों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाने है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विहित उद्देश्यों किसी भी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने जा रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीयसहायता हेतु इस के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कहे है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/संकल्प रूप से मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल विहित उद्देश्यों के लिये होगी एवं अस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" इस विषय में कोई दबाव नहीं है. इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाले भी सभी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल की ओर से "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	Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अस्पताल के हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
11-02-20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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

30.12.2019