VRD-C-20-02-0549

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

Koshika foundation
Building blocks of life



Pre op Post op

(1170) Kasturi

APPLICATION No. आवेदन संख्या	V\0220\1170
APPLICATION DATE आवेदन तिथि	10-02-20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Kasturi
AGE YEARS आयु वर्ष	81
SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Khubi
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Dagheta, Distt- Mathura, U.P. 281306
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता	Same as Above
OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	28000/-
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	N/A
PAN No. स्थाई खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)	Yes / No हाँ / नहीं — No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों के नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध संबंध
1.	Tej Singh	late	M	Husband
2.	Gopal	54	M	Son
3.	Jagdish	50	M	Son
4.	Anil	45	M	Son
5.	Kamlesh	50	F	Daughter in law
6	Meera	43	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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 विनती का उद्देश्य:

Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाये गये प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (E) SICSTJOL

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 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 & or any 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(s) 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 the assistance is requested.

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

2) मुझे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।

3) मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि विदित सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से प्राप्त नहीं किया 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/upload/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 in contradiction with the terms 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 such decision is (as required) 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 न्यासियों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से मुझे चिकित्सिकीय और उपलब्धियों के लिये किसी भी स्त्रोत माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण भी 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 वर्णित है पूर्व स्वीकृत सहायता का हकदार नहीं बनाता 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 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 remain and 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 that such assistance is 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 scope 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 नीचे हस्ताक्षरी को 'कोशिका फाउंडेशन' से चिकित्सा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मानने व स्वीकार करते है।

1) यह कि हम तो वर्तमान और न ही भविष्य में विदित रोगी/मामले किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उसका रीएम्बर्समेन्ट में लाभ ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्धारित आंशिक/प्रकरण हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या 'किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रीएम्बर्समेंट हेतु किसी भी जानकारी संस्था या किसी अन्य साधन से लाभ लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही/चाही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, रोगी या अस्पताल द्वारा दी जा रही सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच के विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाले सभी जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका व जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुत

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Opthalmology Reg. No. - 58417 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
11-02-20		

Administrator

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