VRN-C-20-02-0556

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

Koshika Foundation
Giving back to life



Pre op Post op

(1171) Vidhya Devi

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/0220/1171	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	11-02-20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Vidhya Devi	AGE-YEARS आयु वर्ष	75
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Lala Ram		

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Post Nyla Bari, Nagla Singh, Etmadpur, Etmadpur Etmadpur, Distt - Agra, U.P. 283202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as Above

OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	29000/-
(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 चिह्न लगाये) 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.	Ghesham Singh	Late	M	Husband
2.	Phool Singh	48	M	Son
3.	Bhagwan Singh	40	M	Son
4.	Tikak Singh	37	M	Son
5.	Meena	38	F	Daughter in law
6.	Rama	34	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) आर्थिक रूप से कमजोर 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 प्रतिवेदन पूर्ण संलग्न
	RE - P.P
	LE - IMSC
	Surgery - (E) BKG + TAL

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 राशि
1.	SCFM	

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 reimbursement or part or full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण मेरी 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 पुष्टि करता/करती हूँ कि 'कोशिका फाउन्डेशन' से जो भी सहायता ली जाएगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/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 its Trustees to use/publish/circulate/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or '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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और मैं जिस इस प्रपत्र में उल्लेखित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों द्वारा, चाहे वह दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को यह अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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 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, in the event 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 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 choice of the treatment/procedure advised/contemplated 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.

इसमें अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने 'कोशिका फाउन्डेशन' से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा मदद स्वीकृत की है। यदि 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा सहायता विनति आंशिक/अंकलन हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से व्यापक तौर पर अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्तर तक रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. 'कोशिका फाउन्डेशन' से तो एक सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सलाह पर किए गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये अस्पताल ही रोगी के इलाज तथा और आगे की सारी जिम्मेदारी लेगी, एवं अस्पताल की होगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology 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 आन्तरिक उपयोग हेतु

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