VRN - C-20-02-0547

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

Koshika foundation of Social Welfare

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/0220/1175	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	10-02-20

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु वर्ष	SEX लिंग
Hari Singh	65	M



Pre op Post op

(2175) Hari Singh

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/जीवनसाथी का नाम : Kanhaiya Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Kansaura, Kansaura, Kansaura
DISTT - Hathras, U.P. 204501

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता : Same As Above

OCCUPATION : व्यवसाय : Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 21000/-

(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 निशान लगाये) : Yes / हाँ : No / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	Kunti	60	F	Wife
2.	Ram Babu	35	M	Son
3.	Shyamwati	32	F	Daughter in law
4.	Udaiveer	09	M	Grand Son
5.	Maginu	07	F	Granddaughters

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

Sr. No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यकतानुसार/डॉक्टर से प्राप्त की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) SKIN Graft

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये 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 राशि
1.	SCF IN	

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 / assistance, in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this 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 विवरण गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि 'कोशिका फाउन्डेशन' से ली जा रही है, उसका उपयोग सिर्फ वर्णित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं आवेदन कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature on Church / Harassment on this Form, I/Applicant/I hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/spread/use my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to website, 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 fulfillment 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 automatically entitle me to 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 अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीगण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् उसकी, नाम, जानकारी दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है चाहे प्रपत्र का विवरण पैसे इकट्ठा करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" ने चाही अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्य 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 the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we do not 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, 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 a 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/conducted 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 the matter.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को 'कोशिका फाउन्डेशन' से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हेतु (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत व स्वीकार करते है

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संस्था/ संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से अनुरोध/विनती करके प्राप्त की है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/अस्वीकृत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ही संस्था/ संस्था या किसी अन्य स्रोत/साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्रोत इस रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' इस किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य सब को सारी जिम्मेदारी एवं इसके परिणाम 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. न.	(Name, Designation & Status of Authorised Signatory) on behalf of Hospital कृत व पद सुमुलल अधिकृत अधिकारी
11-02-20		

BHRC-Dr. Shroff's Eye Care Institute
Administrator
Dist. Nagpur

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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

30.12.2019