VRN-C-20-02-0554

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

Koshika foundation

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V\0220\1176
APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	10-02-20

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Hori Lal	63	M



Pre op Post op

(1176) Hori Lal

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम: Chokhe Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
V.U - Jamalpur, Bungaon, Jaunpura
Jaitpura, Jalesar, Distt - Etah, U.P. 207302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता:
Same as above

OCCUPATION आजीविका: unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय: 1500/-

(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 लगायें)। 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.	Mohanvati	58	F	Wife
2.	Sonu	35	M	Son
3.	Devi	32	F	Daughter in Law
4.	Pinky	7	F	Granddaughter

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 का 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 प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) SICS + IOL

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 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 & ongoing assistance null and void, 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 for.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future avail of any monies/amount or part or in full from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

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

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन' से ली जा रही है उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल 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 it's Trustees to use/possess/circulate/disseminate 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 any 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 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 (दाहिने) अंगूठे की 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 प्रपत्र में वर्णित है, उसे 'कोशिका' एवम् न्यासी, एवम्, याचनाएं/दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे 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 में अंकित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में 'कोशिका' एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing he/she/their 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. 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 it's 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 & absolute responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मरीज/केस को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, लिहाजा हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनति इस के सम्बन्ध में 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा मदद हेतु कि है। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता बिलकुल आंशिक/सकल रूप मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से पर्याप्त धन की अधिकता पूर्ति रखता है। इस पुष्टि में अर्थ यही है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष द्वारा दी गई/लगने वाली राशि या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये इलाज/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है इसलिये हस्पताल ने दान के इलाज करवा और आगे आने वाले सभी विषयों जैसे कि हस्पताल की होगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृतों 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) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत हस्ताक्षरी
11-02-20		Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कार्यालय प्रयोग हेतु

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

30.12.2019