VRN-C-20-02-0162

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

Koshika Foundation

APPLICATION No.: आवेदन संख्या	V/0220/1177
APPLICATION DATE आवेदन तिथी	12-02-20

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Kamlesh	55	F



Pre op Post op

(1177) Kamlesh

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: Bhikambram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Tal Wasi, Tahwasi
Distt- Mathura, U.P. 281404

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:
Same as Above

OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 25000/-

(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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	Durgpal	60	M	Husband
2.	Vinod	30	M	Son
3.	Kamlesh	27	M	Son
4.	Kusum	29	F	Daughter in Law
5.	Manoj	24	M	Son
6	Shashi	26	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे)	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 सूची संलग्न
	RE- IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - RE FIRST IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो:

Sr. No क्र.सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	SCFH	

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, 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 अभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है. यदि कोई विवरण पूर्ण अथवा आंशिक सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है.

2) मैं इस बात की सहमति देता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किसी स्रोतवत्त शुल्क का प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रायोजित/कर्मचारी/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

I By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/broadcast my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to social, 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 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपना सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, गण, सार्वजनिक दूसरे उद्देश्य से चुई गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इलाज का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" ये प्रयोग अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता के हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी 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, 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 raise as 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 as/is/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 & 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/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1. यह कि न तो अभी और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी अन्य स्वैच्छिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वही/समान के लिये ले रहे या लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/मांगी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु लिये है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/पूर्णतः हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से रुपयात लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये इलाज/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच के विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाले सभी जिम्मेदारी ले लेगा/लेगी और "कोशिका" की उसमें 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 Date..... Time..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
12-02-20		

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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