

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. (आवेदन संख्या) V/0230/1194

APPLICATION DATE (आवेदन दिनांक) 17/02/20

NAME of APPLICANT (आवेदक का नाम) Mana Devi

AGE-YEARS (आयु वर्ष) 78 SEX (लिंग) F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME (पिता/सहस्रपति का नाम) Dev Prakash



Recap Post op (1194) Mana Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवास स्थान) Bharkiya, Maharan, Bharkiya, Bharkiya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी आवास स्थान) Distt- Mathura, U.P. 211302

SAME AS ABOVE

OCCUPATION (व्यवसाय) Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय) 20000/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) (आप आय कर दाता हैं (जो साल को इस पर सही का विवरण लगाने) Yes / No हाँ / नहीं  हाँ

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 संबंध)
1.	Hanudayal Singh	late	M	Husband
2.	Siyaram	40	M	Son
3.	Udepaul	35	M	Son
4.	Kamlesh	34	F	Daughter in law

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

BPL Card (Attach Card Copy) (गरीबों (छा) को देने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हटाए प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय 2 लाख तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हटाए प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) (आवश्यक कार्ड (प्रमाण पत्र को हटाए प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई साक्ष्य)
---	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE (सहायता हेतु करने पर विनती का उद्देश्य)

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न)
	RE - TMCC
	LE - TMCC
	Surgery - (RE) SICS FIDL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिया गया है?)

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (नी गई सहायता राशि)
1.	SCEM	

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will cancel my Application & ongoing assistance (apply for re-apply/consultation)
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, seek of any employment, in part or in full, from any other source/employer/medical company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक काल: अवश्य सच्य प्रमाण है तो सभी सहायता मिलने की संभावना है।
- मैं इस बात का सख्तता पति "कोशिका फाउंडेशन" में ली जा रही है, उनका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कसबता हनु का प्रयोजन नहीं किया है, इस पत्रिका को अधिक या कसबता किया किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/रोगी सम्बन्धी से न तो किया है और न ही भविष्य में किया।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/agreed, 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/agreed 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, प्रायोजकता द्वारा उद्देश्य में सुदृढी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सहायता करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए या काल के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायीयों अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात का सख्तता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य में अधिकृत है नुस्त प्रयोग: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

*[Handwritten signature]*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया):**

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirms that essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और में सम्बन्धी को "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करता है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी हस्ताक्षर सम्बन्ध का किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीय में लिये या ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश/सिफारिश करने में सम्भव है "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/कसबता 50 प्रत्येक को प्राप्त प्राप्त है तो सम्भव किन्हे अन्य से सहायता लिये या किसी अन्य सहायता से सहायता लिये का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि कसबता प्रयोग कर उक्त रोगी/रोगीय हेतु किसी भी हस्ताक्षर सम्बन्ध का किसी अन्य सहायता से ली जायेगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" में ली जाये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगीय द्वारा ली गई सहायता या किन्हे या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को सहायता सुरक्षा और जाने जाने की कार्य विनियमों को पूर्ण सहायता को जारी और "कोशिका" को जारी सुरक्षा का विवरणों इस सम्बन्ध में ली जायेगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अवधि की तारीख</p> <p>19-03-20</p>	<p><b>Dr. Priya Agrawal</b> M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg No - 58417</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पते व</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--