


VRN-C-20-09-0787

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. :- आवेदन संख्या :	v/0920/0049	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	18/09/20	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Jamuna	AGE-YEARS मातृ-वर्ष	57	
		SEX लिंग	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम	Narangji			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	H.No. 117, Birjapur, Aarak:			
	Distt. Mathura U.P. 281006	Preop Postop		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता	Same as above	(0049) Jamuna		
OCCUPATION : व्यवसाय	Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	19000/-	(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>		
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 सम्बन्ध
1	Savitri	60	F	Wife
2	Yojesh	20	M	Son
3	Karan	17	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये चिह्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियेंद सूची संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (RE) 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 लै गई सहायता राशी		
1	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT (अर्थिक द्वाय चोषण पर):

- 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, 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 this assistance is requested
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद इच्छा की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परत गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु पर प्रार्थना की गई है, उस दायि का अधिक या क्वल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बोयो कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक द्वाय 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/publish/put-up/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठों की छाप लगाकर, मैं (अर्थिक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वाय न्यासीय, दाय, पाषणपाषाण द्वाय उद्देश्य से कुलीय विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण या इलाक के पत्रों या कथन में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीय अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्थिक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं कुलीय सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वाय इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थिक के हस्ताक्षर या अंगुठों का निरक्षण

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरक्षण प्रकरण से सहायता व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी और सहायकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/सहायते में ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायकारी सहायता या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/सहायते हेतु किसी और सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकार से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वाय ही वह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाक सुधारा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दूषिका या जिम्मेदारी इस सहायते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>19/09/20</p>	<p>Dr. Ashwini Kumar MBBS, M.S. Ophthalmology Reg. No. - 8111 Time: ...</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
---	---