

VRN-C-20-10-0139

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1020/0069
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 06/10/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Jay Pal
 AGE YEARS / आयु-वर्ष: 71
 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: Patali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता: Mubarakpur, Nandhibil
 Dist. Mathura, UP 201203
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता: Same as above



Preop Postop
 (0069) Jay Pal

OCCUPATION / व्यवसाय: Labour
 MARRIED / विवाहित: UNMARRIED / अविवाहित:

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 18500/-
 (Attach Proof of Income / (आय का प्रमाण प्रदान करें): NA

PAN No. / पैन नंबर: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं): Yes / No: No [checked]

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बंध
1	Krishna	68	F	Wife
2	Virender	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये किये जा रहे आधार:

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार को रोजा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगिका कार्ड (उपभोग पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अर्द्धक इश मेषम सः

- 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 reimbursement.
- I solemnly confirm that assistance I received from Koshika Foundation "will be used only for the purpose", as stated in this Form, for which such assistance was provided by me.
- 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 I is assistance is sought.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निलय को वापस करने दी।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद पायी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु, पर प्रार्थना की गई है, उस राशि का आधिकारिक वापस किया किसी अन्य स्रोत/निर्वाहक/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्द्धक इश मेषम)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo, name, address, my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any means (including but not limited to verbal, print, electronic) for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/commitments. 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/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (अर्द्धक इश मेषम) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निम्नलिखित उद्देश्य में घोषित है उसे "कोशिका" एम्बेड करने, नाम, पता/पता दूसरे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और दस्तावेजों को तैयार करने में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। यह प्रारूप पर विवरण को प्रसारण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत हैं।
- मैं (अर्द्धक इश मेषम) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेड करने विवरणों का निर्माण करने और व्यवहारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्द्धक इश मेषम का अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इश मेषम)

- By affixing hand/other 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. In the event 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 condition is essentialy 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 & it's outcome & safety, of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in treatment.
- यदि अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से प्रारूप/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
 - जब कि हमें या किसी और को या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/करने में तभी या तब तक है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के अलावा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण सिफारिश/सिफारिश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल हितों पर उच्च रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसी अन्य सहायता/क्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी रोगी का कार्य सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार प्रारंभ और आगे चलने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर के लिए संस्तुति

Dr. ASHISH KUMAR

MCI No.-09 35572

07/10/20

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनौपचारिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	