

URN - C-20-10-0207

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building No. 101

APPLICATION No. / आवेदन संख्या

V/1020/0072

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि

08/10/20

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम

Kinno

AGE-YEARS / आयु-वर्ष

64

SEX / लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम

Manik



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0072) Kinno

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Panpauli, Panpauli, Panpauli

Distt. Mathura, UP- 201201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाय आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (निगाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय

20000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य उत्पन्न) NA

PAN No. / आई टैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1	Hani Singh	late	M	Husband
2	Ravi	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनोद आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रोजगार आयोग की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / वितरण कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किए गए विनोद का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया 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 (अर्थक द्वारा योग्य पर):

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Applicant & ongoing assistance (if applicable) for rejection/ cancellation.
- I solemnly affirm 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 solemnly affirm 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.
- मैं यथा सत्य है कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन आमत पर सत्य है जो परीक्षा प्राप्त करने की या कर सकते हैं।
- मैं यथा सत्य है कि मैंने 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा जो इस प्रत्येक में पर्यटन है।
- मैं यथा सत्य है कि मैंने कहीं से भी न तो भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/ रोजगार/ बीमा कंपनी से प्राप्त किया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा करण):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish (but not 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 its activities/ related events. 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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और या विवरण इस उद्देश्य के लिए प्रयोग कर सकते हैं, जैसे कि "कोशिका" द्वारा नियो, सहायता/ या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और सम्बन्धित के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का निरूपण मेरी इजाजत के बिना मेरे पते पर करने में मेरा "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, पूर्णतः स्वतंत्र सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निरूपण और सम्पन्न होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (सम्बन्ध द्वारा करण):

- 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 availing 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 its 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.
 - 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.
- इसमें अधिकृत न्यायोयोग की ओर से सम्बन्धियों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की गयी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पालन में स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए प्राप्त होगी, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/ रोजगार/ बीमा या किसी अन्य सहायता से भुगतान करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं है कि अस्पताल निर्दिष्ट पर्यटन सहायता प्राप्त हेतु किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी द्वारा की गई चिकित्सा या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल रोगी के इलाज/चुना और अपने अपने को सभी सम्बन्धित रोगी एवं हस्पताल की हवी और "कोशिका" को कोई भुगतान या सम्बन्धित इस सम्बन्ध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ARNAB KUMAR
 NCF No. 118-35572
 Sign: _____
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद इलाहाबाद अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 अर्थक का तारीख
 09/10/20

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2