

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

APPLICATION No / आवेदन संख्या: V/1020/0073 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 08/10/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Devki AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 61 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Mangi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Saray shahi, Chhata, Chhata
Distt Mathura, U.P. 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: Same as above



OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 2000/- (Family) (Attach Proof of income) / (आय का सबूत संलग्न): NA

FAN No. / स्वयं राजा संख्या: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देता है? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगा दें): Yes / No: No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / 50 वर्ष	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Narayan	59	M	Husband
2	Laxpal	26	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा में कोई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय का उच्चता पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन चुकी संलग्न

Sr. No. / क्रम संख्या

RE - Senile Cataract

LE - Senile Cataract

Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा पत्र)

- 1) I hereby declare 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/sanctional/stop.
- 2) I have my position that assistance, if received from Koshika Foundation, shall be used only for the "purpose" as stated in the Form for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have no & will not in future, seek or reimburse, 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 प्रकार में "मेरे" पर कभी विचार भी, चतकरी के अनुभव का एवं जारी है। यदि कोई विचार इस कला अवश्य प्राप्त रहा है तो उसे तत्पश्चात् विचार की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरे लिये जारी है, उसका उपयोग अभी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक कहीं से भी उद्देश्य को पूरा नहीं है, उस लिये जो अग्रिम या एकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use all of my personal details (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 collecting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about said activities/charities. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or attainment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) (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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दस्त या प्रिंट, मैं (अर्हक) अपने सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" का अधिकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एनएम चरित, दान, चयन/उपकरण जैसे उद्देश्य से दृढ़ी पहचान/विज्ञापन और वित्तिय/वित्तिय के लिये किसी भी प्रकार का उपयोग करके प्रेषित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस का विचार करने के पक्ष या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व चरित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वयं, तत्पश्चात् का इन्सुरेंस नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एनएम उसके अधिकारों का विचार लाना और साध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (अनुमति द्वारा करार)

By affixing my/our signature of our Authorized 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, or the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not available 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 affirmation essentially states that the Hospital will not seek any duplicate assistance for the same patient/case as was conducted by the Hospital on the
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure to be conducted by the Hospital on the patient, is based on the medical condition 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, हस्ताक्षरों की साक्ष से भागसे/रोगी का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और प्रकार से लेना या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विज्ञापन उक्त के अर्थ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/वित्तिय/वित्तिय हेतु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार इस से नहीं लाना या किसे का उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पाताल का बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इलाज/उपचार में रोगी के इलाज सुरक्षा और जान बचाव की खती विनिवेश/रोगी एवं हस्पाताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विनिवेश/रोगी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. ABHISEKH RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 MCh, DNB, DGO, DGO
 स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 अंतराह की तारीख
 09/10/20

Sign
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2