

VRN-C-20-10-0518

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1020/0088 APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: 14/10/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Balkishan AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 60 SEX / लिंग: M

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Nagla Samla, Radhakund

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Radhakund rural, Distt. Mathura, U.P. 201504

Same as above

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 22000/- (Attach Proof of income) / (आय का सबूत संलग्न): NA

PAN No. / स्वयं जारी संख्या: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): Yes / हा: 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 सम्बन्ध
1	Banji	58	F	Wife
2	Subhash	28	M	Son
3	Damru	24	M	Son
4	Chhataji	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये दिनांक आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेष्ट्र के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	--	--	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किय गये खर्चों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन चुनें संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) SILCS + 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 (अर्शक द्वारा घोषणा):

1. 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, if any. I shall be 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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सभी सहायता मिलान की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कहीं भी न तो वर्तमान में, और न ही भविष्य में किसी अन्य प्राय:सेवादाता/नियोक्ता/बिमा कंपनी से न तो नुकसान की भरपाई या कोई भी अन्य सहायता की मांग की है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicise/publish/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/level/needs. 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 प्रकार पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और बाकी विवरण इस उद्देश्य में प्रयोग कर सकें। मैं "कॉशिका" द्वारा मांगे गए, दान, सहायता इत्यादि उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रसारित करने में प्रयास कर सकें। मैं प्रत्येक प्रकार के माध्यमों से प्रसारण करने का अधिकार देता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य से प्रयोग करने से मुझे स्वयं-सेवादाता या नियोक्ता से सहायता की मांग करने का अधिकार नहीं मिलता। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त उद्देश्य के लिए किया गया और सहायता की मांग को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

नामोकिशिका

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा सहमति):

- By affixing the under 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, 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 its right to make up the shortfall from another 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारी सहमति, हस्ताक्षर की ओर से सिफ्ट/हॉस्पिटल को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफ्ट/हॉस्पिटल को सही है, जिसे हम (हस्ताक्षर) सिफ्ट/हॉस्पिटल के माध्यम से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायतादाता से किसी अन्य उद्देश्य से उक्त रोगी/मरीज के लिए मांगी जा रही है, बल्कि हम "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफ्ट/हॉस्पिटल के माध्यम से "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु मांगी जा रही है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं है/सकत है/पूरी नहीं मिल पाती है तो हस्ताक्षर किसी अन्य सहायतादाता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर द्वारा मांगे गए उद्देश्य हेतु सिफ्ट/हॉस्पिटल को सहायता की मांग करने का अधिकार नहीं मिलता।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है। हस्ताक्षर/हस्ताक्षरकर्ता को सहायता की मांग करने का अधिकार नहीं मिलता। हस्ताक्षर/हस्ताक्षरकर्ता को सहायता की मांग करने का अधिकार नहीं मिलता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर/हस्ताक्षरकर्ता के लिए सिफ्ट/हस्ताक्षर

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15/10/20	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर/छाप 	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी 
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अध्यापक 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अध्यापक 2 
--	---