

VRN-C-20-10-0563

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: **V/1020/0093**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **15/10/20**

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: **Kakuman**

AGE-YEARS / आयु वर्ष: **66**

SEX / लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: **Grainda**



PHOTO IDENTIFICATION
Preop Postop
(0093) Kakuman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Baraauth, Baraauth Bangar

DIST: **Mathura, U.P.** PIN: **281201**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाय आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **UNMARRIED**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **22000/- (Family)**

Attach Proof of Income / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें): **NA**

PAN No. / स्वयं का पंजीयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):
 Yes / No / हां / नहीं: **Yes**

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	Babu	68	M	Husband
2	Sulaim	37	M	Son
3	Sahid	35	M	Son
4	Saukat	31	M	Son
5	Saksham	35	F	Daughter in Law
6	Siddhant	32	F	" "

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 महासल के लिये चिह्नो का आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोको रोजा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतय प्रति जोडने करे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अलग आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतय प्रति जोडने करे)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतय प्रति जोडने करे)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE
 महासल हेतु चिह्नो का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्सल/रिपिस्क्रिप्शन्स से जोडी गयी या प्रतियोगत शून्यो जोडने
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) SLCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल गया हो।

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

DECLARATION by APPLICANT: (समर्थन द्वारा भेजा जाय)

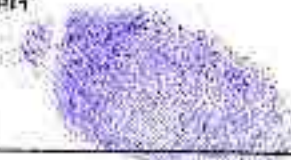
- 1) I hereby confirm that all details in the Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Applicant & ongoing assistance liable for receding evaluation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रकार 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 इस बात का यकीन रखता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी

AGREEMENT by APPLICANT (समर्थन द्वारा भेजा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form (Applicant), hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to accept/reject/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 conditions for Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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 actually entitle me for seeking or continuing the said assistance. The decision to grant/continue 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रकार में जोड़िए हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, परिवारवा द्वारा व्यय/उपयोग से सुदृष्टि निर्देशिकाओं और वित्तियताओं के लिये किसी भी प्रकार, माध्यम में प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाज के अंत में या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में जोड़िए हैं सुदृष्टि निर्देशिकाओं का उपयोग नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर और वित्तियताओं को सहायता के उद्देश्य में अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगुली के छाप




AGREEMENT by HOSPITAL (समर्थन द्वारा भेजा)

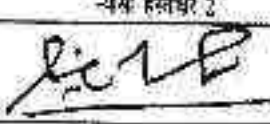
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of the total assistance from another NGO or any 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, it is our obligation that 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.
 - 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर जो यहाँ से चालते/जोड़ी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वे हम (हस्पताल) को सहायता से प्राप्त न होना चाहते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमें किसी भी प्रकार से सहायता मिलेगी या किसी अन्य स्रोत से उस सहायता के बराबर या उससे अधिक मिलेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के अलावा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता के अभाव में किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता के अभाव में हमें सहायता के अभाव में किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं मिलेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का चुनाव होता है। हमें सहायता के अभाव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। हमारे पास हस्ताक्षर में जोड़ी के अलावा सुदृष्टि निर्देशिकाओं और वित्तियताओं से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षित की तिथि 16/10/20	Dr. ANURAG K. HANU MDI No: CG-35072 Sign: _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्वामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्वामी हस्ताक्षर 2 
---	--