

VRN-61-20-10-0529-N

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


Koshika
Foundation
Solving Healthily

APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: V/1020/0094 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 16/10/20

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: Bihari Das Mani Baba AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 71 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/स्वामी का नाम: Radha Charam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

230, Radha niwas, Tatiya sthan road, Vrindaban

Vrindaban, Distt Mathura, U.P. 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop
(0094) Bihari Das
Mani Baba

OCCUPATION / व्यवसाय: Sant

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (सविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: NA

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

PAN No. / स्वामी का पता

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दायी हैं (जो अन्य हो उस या सही का चिह्न लगाएं):Yes / No
हां / 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 सम्बंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (आय पर जो आय प्रति साल का)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य-आय वर्ग प्रमाण पत्र (अन्य-पत्र को आय प्रति साल का)	Ration Card (Attach Copy) रेशनकार्ड कार्ड (आय पर जो आय प्रति साल का)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु निम्न लक्ष्यों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रुतों का उद्देश्य
	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 किससे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि
1	NI	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future avail of reimbursement, in part or in full, from any other source (and/or insurance company) of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा धांधला किया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यथा संभव घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई उक्त सहायता उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किये जायेगी, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- मैं यथा संभव घोषणा करता हूँ कि बिना सहायक हेतु पर प्रत्येक को भंड है। उक्त घोषणा का अर्थिक या वस्तुगत हितों की किसी अन्य प्राप्ति/प्राप्ति/प्राप्ति कमाने से न को विचार है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कर्तव्य):

- By affixing this signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/republish/post/propagate 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/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.
- I (Applicant) to the extent 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को दृष्टिगत करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उक्त "कोशिका" एनपी आरटी द्वारा, या कक्षा/कक्षा द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का प्रयोग मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी अधिकृत है।
- मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उन्हें स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनपी आरटी को अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य):

- By affixing the founder, signature of our Authorised Signatory, for recommending the 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 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. 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और मेरे प्राप्ति/प्राप्ति को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है, जिसे हम (हस्पताल) पिछले प्रस्ताव से प्राप्त न सहायता करते हैं।
- यदि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी प्रकार माध्यम से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्राप्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/वस्तु हेतु मंजूर नहीं किया जाता है या अस्वीकार किया अथवा किसी अन्य स्रोत से किसी अन्य प्राप्ति/प्राप्ति से उदाहरण के लिए सहायता प्राप्त है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्वीकार/हिनोक्त सहायता को प्राप्त करने हेतु किसी भी प्रकार/प्रकार या किसी अन्य सहायता से नहीं प्राप्त होगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या करने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निश्चय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज/सुरक्षा और अन्य करने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारिता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए ससुचित

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>16/10/20</p>	<p>DR. ANIL KUMAR MCH (HONORARY) 3073 SIGNATURE</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>