

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या : V/1020/0095

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 15/10/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Bani Singh

AGE YEARS / आयु वर्ष : 61

SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : Nanhuat



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता

Baraath, Baraath, Baraath bangay

Distt Mathura, U.P. 281201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवास पता

Same as above

Preop postop
(0095) Bani Singh

OCCUPATION / व्यवसाय : Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 2200/-

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA

PAN No / स्थाई आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को मानें जो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) : Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr No / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से संबंध
1	<u>Phoolwati</u>	<u>late</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के लिए का वार्षिक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हटाया जाना चाहिए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हटाया जाना चाहिए)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र को हटाया जाना चाहिए)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे लक्ष्य किन्ती का उद्देश्य:

Sr No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुनिश्चित करें
	<u>RE - Senile Cataract</u>
	<u>LE - Senile Cataract</u>
	<u>Surgery - (LE) Phaco + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि
1	<u>DBCS</u>	<u>2200/-</u>

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- I hereby confirm that all details in this Form are true in the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for recedible 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- मैं यथामात्र प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित त्रुटि/असत्य प्रमाण प्राप्त हो तो मैं इसका निराकरण कर सकूँगा।
- मैं यथामात्र प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में मांग किया है।
- मैं यथामात्र प्रमाणित करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसा नहीं लिया है और नहीं लियेगा जो इस सहायता के लिए मांग किया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize 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) 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 प्रश्नपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैंने कथित इस प्रश्नपत्र में घोषित की, मेरी "कोशिका" एवम् उद्देश्यों, घन, व्यवसाय इत्यादि उद्देश्यों से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्नपत्र का प्रकाशन और प्रसारण के पक्ष में कोई भी कदम लेने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत हैं।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों से प्रचारित करने के लिए स्वतंत्रता के साथ इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस सहायता में "कोशिका" एवम् उद्देश्यों का उपयोग अतिव्यय और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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. 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, किंतु हम (हस्पताल) विधि अनुसार से मात्र व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से प्राप्त करने के लिए उद्देश्यपूर्वक रूप से ली जायेगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित करने के साथ ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती/संभव नहीं है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि हस्पताल हिसाब देकर उक्त सहायता हेतु किसी भी प्रकार के सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया/किया जायेगा, उसका उपयोग केवल उद्देश्यों की पूर्ति के लिए ही किया जायेगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए उद्देश्यपूर्वक रूप से ली जायेगी है। इस सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/10/20</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व सहायता नं. के साथ</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
------------------------------------------------------	------------------------------------------------------