

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / FORM NO: V/1020/0112 APPLICATION DATE / DATE: 22/10/20

NAME of APPLICANT / नाम: Mathwari AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 77 SEX / लिंग: F

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



Preop Postop
(0112) Mathwari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता:
Basli, Basli
Distt Mathura U.P. 201122
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:
Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 18500/- (Family) Attach Proof of Income / आय का सबूत संलग्न: NA

FAN No. / आयकर संख्या: None

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

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण					
Sr. No / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1	<u>Pancham</u>	<u>70</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>	
2	<u>Inepal</u>	<u>47</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>	
3	<u>Kala</u>	<u>49</u>	<u>F</u>	<u>Daughter-in-law</u>	
4	<u>Ramji</u>	<u>22</u>	<u>M</u>	<u>Grand Son</u>	

BASE for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार की आधार कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (यदि यह को आधार प्रती प्रमाण को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर को प्रमाण पत्र (यदि यह को आधार प्रती प्रमाण को)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (यदि यह को आधार प्रती प्रमाण को)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	---	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे को चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वस्थ/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की सर्व प्रमाणित सूची संलग्न
	<u>RE - Senile Cataract</u>
	<u>LE - Senile Cataract</u>
	<u>Surgery - (PR) SICS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sr. No / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / जो सर्व सहायता रकम
1	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance 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.
 - 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 यहाँ कथन करूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब मैं को भी आवेदन रद्द करने का अधिकार है।
 - मैं यहाँ कथन करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में कहा गया है।
 - मैं यहाँ कथन करूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/photograph/scan/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/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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी के दायाँ छाप देकर, मैं (आवेदक) यहाँ कथन करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अपेक्षित कथन (कि वे मेरा नाम, पता और मैं के विवरण इस आवेदन में दिये गये हैं) को "कोशिका" द्वारा प्रेषित कथन, पत्र/प्रकाशित पत्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों/सूचना प्रसारणों के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम/अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण मेरी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए मैं यहाँ कथन करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
 - मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण को "कोशिका" के ट्रस्टियों से प्रेषित कथन, पत्र/प्रकाशित पत्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों में "कोशिका" द्वारा प्रेषित माध्यमों का प्रसारण और प्रकाशन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

- 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, so 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपस्थित की "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्त सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि यह (हस्ताक्षर) सिफारिश के साथ न स्वीकार करती है।
- मैं यह कि मैं कोशिका और न ही भविष्य में वित्त सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए न ले रहा हूँ, बल्कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए मैं "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित कथन, पत्र/प्रकाशित पत्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों/सूचना प्रसारणों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम/अधिकृत हूँ। मेरे आवेदन का विवरण मेरी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए मैं यहाँ कथन करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है। इस विषय में स्पष्ट कहा जाता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित कथन, पत्र/प्रकाशित पत्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों/सूचना प्रसारणों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम/अधिकृत हूँ।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है, उसे मैं हस्ताक्षर करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन को सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस विषय में स्पष्ट कहा जाता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित कथन, पत्र/प्रकाशित पत्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों/सूचना प्रसारणों के लिए मैं सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस विषय में स्पष्ट कहा जाता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित कथन, पत्र/प्रकाशित पत्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों/सूचना प्रसारणों के लिए मैं सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/10/20

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

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व नं. हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम संस्था 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम संस्था 2

Signature