

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य संबंधित)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/1120/0115**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **02/11/20**

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **65**
 SEX लिंग: **F**



FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **Vidhya nath**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **74, Bhataubi, Sarai, Mathurapur**

DIST. / जिला: **Tamampur, U.P. 223101**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **Same as above**

Pre op Post op
 (0115) Malati

OCCUPATION / व्यवसाय: **Nil (Stay in vidhwa ashram)**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **NA**

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

PAN No. / स्थाई पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):
 Yes / हाँ: 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 संबंध
1	Dhruv nath	late	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मूलतः आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे मांगे कितनी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर के पर्चे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) SICS + 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	OBSC	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा किया गया)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. A false statement will render my Application & ongoing assistance, if any liable to be withdrawn/terminated.
- I solemnly affirm that assistance (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 no, & will not in future, avail of insurance in form of health, maternity or any other source/employer/insurence company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यथार्थता से यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सत्य वास्तविकता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं गलत बयान दिया गया है तो मेरी सहायता स्थगित की जा सकती है।
- मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त किया है।
- मैं यथार्थता से यह घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी स्वास्थ्य बीमा या अन्य सहायता प्राप्त करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से नहीं लिया है और नहीं लिये जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made as Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- I (Applicant) authorize/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित है उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, वाचक/व्यक्तियों के द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों से शिरो मिलाने की प्रवृत्ति रखने के लिये उपयोग कर सकते हैं। यह प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के प्रत्येक चरण में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है। मुझे स्वयं सहायता का हस्ताक्षर नहीं करना। इस प्रश्न में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का विवरण प्रेषित और वाचक/व्यक्तियों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

- By affixing hereunder signature of our Authorised 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 the 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 not to be 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.
 - हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी या अपने अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जायेगी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जायेगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जायेगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करेगा।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जायेगी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। हस्ताक्षर/हस्ताक्षर में रोगी के सहायता हेतु और अपने नाम को सही लिखने/लिखने एवं हस्ताक्षर की जायेगी और "कोशिका" की सहायता वित्तीय सहायता से नहीं होगा।

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery/Reg. No. - 66023
आपरेसन का तारीख/दिनांक

02/11/20

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

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
रोगी के हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]