

VRN-C-20-10-1086

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/1120/0119
आवेदन क्रमांक

APPLICATION DATE: 03/11/20
आवेदन तिथि

NAME OF APPLICANT: Ram Prasad
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 69
SEX: M

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



Preop Postop
(0119) Ram Prasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Nand nagaria, Arwa-a Bangali
Distt. Mathura, U.P. 281202
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED: [checked] UNMARRIED: []
विवाहित (चिह्नित) / अविवाहित

TOTAL ANNUAL INCOME: 21000/- (Family)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. []
आय कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? Yes: No [checked]
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस में सही का चिह्न लगायें)

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	Shakuntla	67	F	Wife
2	Indrasingh	42	M	Son
3	Rajiv	37	M	"
4	Rajni	40	F	Daughter in law
5	Rajiv	33	F	" " "
6	Rajiv	12	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रखा के लिये प्रमाण पत्र (अनुसूचित वर्ग की श्रेणी में अंतर्गत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (अनुसूचित वर्ग की श्रेणी में अंतर्गत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अनुसूचित वर्ग की श्रेणी में अंतर्गत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु विनति हेतु विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (R) 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 सी गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्हक द्वारा बयान):

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Applicant & ongoing assistance invalid for administrative purposes.
- I solely confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) as stated in this Form for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or reimburse, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ बयान करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बयान प्रदान नहीं है तो मैं इसका रिजल्ट को वासुकी हो।
- मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा जो इस प्रश्न में प्रदान किया है।
- मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो कुछ भी और न ही भविष्य में पैसा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा स्वीकार):

- By affixing the signature or the thumb impression on this Form (Applicant), hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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.
- Applicant is the sole beneficiary of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for renewing 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपना स्वीकार करूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में प्रदान है, उसे "कोशिका" द्वारा, नाम, पता, फोटो एवं विवरण के तहत प्रचारित और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित कर सकते हैं। मैंने इसका उपयोग केवल केवल केवल के लिए किया है। "कोशिका फाउंडेशन" से नाम प्रदान है।
- मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना कोशिका के उद्देश्यों के प्रचारित है मुझे लाने-लायक का उद्देश्य नहीं बनाया। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल और केवल केवल के लिए है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार):

- By affixing hereunder, 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 any other 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 equivalent assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves a right to make up the shortfall from another NGO or any other source. The application 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 course 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 हस्ताक्षरों को आप से संपत्तियों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसेवा) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 - 1) यह कि हमें वर्तमान और भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तिय सहायता किसी भी तरह से प्राप्त करने से इस रोगी/रोगी के लिए या तो नहीं है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त है। हमें यह स्वीकार करना है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए किसी भी प्रकार से वित्तिय सहायता प्राप्त करने से हमें कोई भी अधिकार सुरक्षित नहीं है। हम यहाँ बयान करते हैं कि हमें वित्तिय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार से वित्तिय सहायता से नहीं लाभकारी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तिय सहायता के लिए है। रोगी का इलाज करने के लिए या तो अलग या फिर जो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसेवा के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इलाज में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने खर्च को भरी ज़िम्मेदारी रोगी एवं हमसेवा की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
03/11/20

Reg. No. - 66028
Time..... Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिकट नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
सदस्य हस्ताक्षर 1
(Handwritten signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
सदस्य हस्ताक्षर 2
(Handwritten signature)