


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation <small>Building Trust & Hope</small>		
APPLICATION NO. आवेदन संख्या :	V/0320/1247		APPLICATION DATE आवेदन तिथि	04/03/20	
NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम	Ramvati	AGE-YEARS वयु वर्ष	75	SEX लिंग	F
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/कथुष का नाम	Mula				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता					
Kanjauli, Mai, Mai, Suleabad					
DISTRICT- Mathura, U.P. 281302					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय अवासीय पता					
Same as Above					
OCCUPATION व्यवसाय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	13500/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. प्राप्त किया गया					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को मंच हो उस पर सही को चिह्न लगाएँ)					
Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>					
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	Ram Bhadrath	14	M	Husband	
2	Yogesh	44	M	Son	
3	Mansirama	40	F	Daughter in Law	
4	Sheetal	18	F	Grand daughter	
5	Love	15	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विनि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के खाते के नाम प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रिंट मेलन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय खाते प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रिंट मेलन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग प्रिंट मेलन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनि 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 - (RE) SPES + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कौन 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 कौन गई सहायता राशी			
1	SCCH				



Preop Postop
(1247) Ramvati

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दूर घोषणा पर:

- 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 / aids / aids to be voided / cancelled.
- 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 यकीन करता हूँ कि जो प्रश्न मैं यहाँ पर दे रहा हूँ वे सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन ज्ञात या पता है तो मैं भी सहजता मिल सकूँगा।
- मैं यकीन करता हूँ कि मैं 'कोशिका फाउंडेशन' से जो मदद ले रहा हूँ, उसे केवल उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यकीन करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से, या भविष्य में, उन्हीं उद्देश्यों के लिये मदद ले रहा हूँ, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदन दूर कर):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use personal/autograph my name, address, photo & details of the purpose for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, oral, 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 inform or affect 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 obligate me for repaying 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 अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों' को 'कोशिका फाउंडेशन' के नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे 'कोशिका' एम्बुलेंस, चक्र, यंत्रणाएँ द्वारा उपयोग से मुझे वित्तियार्थी और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण को इसका या कभी भी कभी के लिये 'कोशिका फाउंडेशन' से मदद ले रहा हूँ।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को 'कोशिका फाउंडेशन' से उपयोग से मुझे उन्हीं उद्देश्यों के लिये ही उपयोग करेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के उन्हावरण या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दूर कर):

- 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 of a financial nature. The purpose 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.
 - उन्हावरण, हस्पताल की ओर से मारनेवाली को 'कोशिका फाउंडेशन' से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
 - यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उन्हीं उद्देश्यों के लिये ले रहा हूँ, जैसे कि हमने 'कोशिका फाउंडेशन' से सिफारिश/सिफारिश के लिये मदद से 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा मदद हेतु किया है। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता किन्हीं अधिकतर/कम से प्रदान नहीं किया गया है तो सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लेनी चाहिए या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेनी चाहिए। अतः घोषणा की जाती है कि सहायता वित्तिय मदद उन्हीं उद्देश्यों हेतु किन्हीं और सहायक संस्थापन से नहीं लेनी/लेगी।
 - 'कोशिका फाउंडेशन' से जो मदद प्राप्त करने वित्तिय प्रकृति की है। उन्हावरण या हस्पताल इससे कोई सहायता या वित्तिय मदद उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव नहीं करता। उन्हावरण का विवरण है और 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई सहायता नहीं है। उन्हावरण दृश्यता में योगी को उन्हावरण सुझाओ और उन्हावरण को सारी ज़िम्मेदारियाँ सौंपी/सौंपी जाती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI NO.-08-32572
Signature

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



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

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
05/03/20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
सहोदर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
सहोदर 2
[Signature]