

VRN-C-20-03-0343

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

V/0320/1200

APPLICATION DATE:

09/03/20

NAME OF APPLICANT:

Allo

AGE-YEARS आयु वर्ष

76

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Jaychand



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: जमान आलखीय पता

Jatpur, Mussen, Muzan, Hathras

Dist- Hathras UP 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Preep Postop
(1200) Allo

OCCUPATION:

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

PAN No. (आई एन सी) संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE (Tax whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं? (नहीं मानें हो उस पर खरो का विधान लगाए)

Yes/No

हां/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	Bande	77	M	Husband
2	Kameth	46	M	Son
3	Rehan	43	F	Daughter in law
4	Bansi	12	M	Grand Son
5	Shah	10	F	Grand Daughter
6	Ajay	07	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्हीं आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बंदों कार्ड के नोटे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोंका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये निम्नो का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं 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 राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिक द्वारा घोषणा करें)

- 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, if applicable, 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 by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or reimbursement in part or in full, from any other source (including insurance company) of the amount for which this assistance is requested.
- मेरी घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन प्राप्त किया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा मेरी सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से ही का रहे है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मेरी घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह राशियाँ को नहीं ले, उस पर किसी भी अधिक या समस्त डेब्ट्स लिये अन्य संग्रह/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/reproduce/distribute 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/charity events. 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 received/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति को दर्शा रहा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" दान, धारणा/पत्र द्वारा इत्यादि से सुदृढ़ गतिविधियों और व्यक्तियों को संचालित करने की प्रवृत्ति प्रोत्साहित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण को हस्तगत करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृति अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए, "कोशिका" दान, धारणा/पत्र द्वारा इत्यादि से प्रेरित है मुझे स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, धारणा/पत्र स्वीकृति का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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:
 1) 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. In the event if 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.
 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure so selected/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.

हमारे अधिकृत, इम्तदादी को और मेरे मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिगत अधिकृत/सहायता हेतु, मन्कुर नहीं किया गया है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अद्यतन इतिवृत्त पर उक्त सहायता/सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ली/प्राप्त की।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से न तो कोई सहायता लेने का निर्णय/प्रक्रिया की है। लेने का हस्तागत द्वारा ही यह सहायता या वित्तीय सहायता/प्रक्रिया का चुनाव योग्य एवं सम्भव है। मेरे मामले का निर्णय ही जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किया गया है, वह अंतिम और बाध्यकारी है। अतः अद्यतन में मेरी के इस्तेमाल सुरक्षा और अन्य लेने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी पर हस्तागत की होंगी और "कोशिका" को कोई भी अधिकार या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

Dr. ABHISHEK HANDE
 MCI No.-09-35572

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 अर्शिक की तारीख
 09/03/20

Sign

 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2