

C19/03/0564

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0419/0081
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 21/04/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Heeta Mandal

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्ब का नाम

Jyoti Mandal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mahila Ashram, Radha Niwas, Vrindavan

Distt - Mathura, U.P. 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above

Preop Postop
(0081) Heeta Mandal

OCCUPATION:
व्यवसाय

Sant

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NA

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

NA

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बन्ध
1	Dhananjay	late	m	Husband
2	veerpal	47	m	Son
3	maheer	44	m	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	
	RE - P.P
	IE - IMSC
	surgery - (IE) Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 1) 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 liable for rejection/cancellation.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन गलत पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता प्राप्त होगी, केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही उपयोग की जायेगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से भी सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, समाचार पत्र, रेडियो से मुझे प्रचारित करने के लिये उपयोग करे। इस प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च या भरणे के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से मालूम हो रहा है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रयोग नहीं किया जायेगा। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके अधिकारों का निर्वाह करेगा और मैं इससे सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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, 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.
- 2) 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, इसकाफ़ी को लक्ष्य से प्राप्त/पेशगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रकम के संस्करण का किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/प्राप्त करने के लिये या लक्ष्य है, जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की जानकारी के बिना "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी तो हमारे पास अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउण्डेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा की गई सहायता का निर्णय करने के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं कोशिका फाउण्डेशन को भी सहायता के बिना "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं है। प्रत्येक हस्पताल में भेरी की इलाज शुरू और करने वाले को अपने अधिकारों की पूर्ण जानकारी होगी और "कोशिका" को कोई भी निर्णय या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

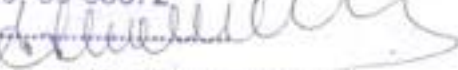
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**Dr. ABHISHEK HANDA**

सिफारिश करने वाले डॉक्टर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MCI No.-09-35572

Sign



(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2
