

URN- (19-12-0229)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : U-1219/0856 APPLICATION DATE: 05/12/19
 आवेदन संख्या : अवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Bhola AGE-YEARS आयु-वर्ष: 72 SEX लिंग: M
 आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Add- Naughat Bangon
Distt - Mathura, U.P., 281203
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
same as above.



Part of (0856) Part of Bhola

OCCUPATION : Unemployed
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NA
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थान खाली संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No हाँ / 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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RF - P.P</u>
	<u>IE - TMSL</u>
	<u>Surgery (L) Phaco/STCS + JOL</u>

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 ली गई सहायता राशी
<u>1</u>	<u>SCCH -</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:-

- 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, if applicable 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को स्थापित करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यืนยัน करता हूँ कि भविष्य में कहीं भी कोई भी अन्य सहायता प्राप्त करने के लिए मैं किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न मदद लेऊंगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 on this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायियों, दान, वाचकत्व द्वारा उद्देश्य से सुदूर पत्रिकाओं और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रारूप का उपयोग मेरी इच्छा के बिना या मेरी इच्छा के बिना "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायियों द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य सहायता के लिए प्रेषित करने के लिए "कोशिका" व न्यायियों को "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्वाह अधिकार और अधिकार प्राप्त है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान,

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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:
- 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any reimburse 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को अंत में मानने/लेने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को यकीन है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सकत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो आपसत किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपसत वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/ली।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी भी अन्य सहायता या सुदूर पत्रिकाओं पर कृपया ध्यान देने पर स्वीकार्य को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुगम और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी के इलाज की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p>Dr. Priya Agarwal M.B.B.S., M.D. (Ophthalmology) No. 12345</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर 1)</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर 2)</p>
---	---