

VRN-019-12-0227

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : U/1219/0062

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 06/12/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Nonwati

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम Anilram



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vill- Adda Masraharla Mukka Bangor

Dist - Mathura, U.P. 201203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

Recd of Postop
 (0062) Nonwati

OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NA

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

PAN No. स्थाई 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 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
1	<u>Rajeev</u>	<u>77</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Rishab</u>	<u>46</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Sanda</u>	<u>43</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये किन्ती आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RF - IMSC</u>
	<u>LF - IMSC</u>
	<u>Surgery - (LB) STCS-1201</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 लगा गई सहायता राशी
1	<u>SCEH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रयोग 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 liable 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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मदद का खर्च है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को यदि भी, इस रोग का चिकित्सा या सहायता किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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 & authorize 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति का गवाह करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में जोड़ा है, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, प्रायोजन द्वारा उद्देश्य से लुबी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के उद्देश्य से शामिल है उसके लिये प्रार्थना का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:

- 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 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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर में मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकृति देता हूँ, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए लेनी जा ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियोग प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियोग/अनुमति हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्तित्व में किसी अन्य स्रोत सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने पर अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तित्व में इतनी मदद उदाहरण के लिए किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लगाते।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार हेतु जो भी चिकित्सा चयन किया गया है वह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज मुख्य और जमाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या विनियोग के रूप में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p>Dr. Piyush Agrawal M.B.B.S. M.S. Ophthalmology Reg. No. - 50117</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्निहित उपयोग हेतु

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