

URN - C-19-12-0606

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **U/0120/1030** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **13-01-20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Banvarji Lal** AGE-YEARS आयु वर्ष: **66** SEX लिंग: **M**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वास्तव्य आवासीय पता: **U-10 - Sukhdevpur, 7, Lohaban**

DIST - **Mathura, U.P. 281204**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **Same as Above**



Preop Post op
(1030) Banvarji Lal

OCCUPATION / व्यवसाय: **unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **20,000/-** (Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य संलग्न करें): **NA**

PAN No. / पान संख्या: **---** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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	Anita	64	F	Wife
2	Neelam	40	F	Daughter
3	Rashmi	37	F	Daughter
4	Sonu	35	M	Son
5	Monu	31	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / तसवीर कार्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता 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 विनती का उद्देश्य:

Sr No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	RE - I M S C
2	LE - I M S C
3	Surigery - (RE) STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कौन से 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 / की गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक 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 any, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य जाना है तो उसे सहायता मिलने की न हो सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो नही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस वधि का अधिक या न्यूनतम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print or 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम्, कम्पनी, घर, पता/या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे द्वारा जो अंगूठे या हस्ताक्षर के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, अंगूठे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है पूर्ण सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

पुनजादी लोहिया

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तगत 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 a 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्तगती की ओर से कार्यवाही को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्तगत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लेने या ले ले है, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पिनाई उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकतर/सकल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संबंध वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्तगत द्वारा की गई सलाह या किसे हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर हमें करने का बोध या विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। उपरिलिखित हस्तगत में लेने के इरादा सूचना और आने वतने की सुरक्षा/सहायता रोगी एवं सहायता की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 M.B.B.S M.S Ophthalmology
 Reg. No. 66028
 Dr. Ashwini Kumar



Date of Surgery / ऑपरेशन की तारीख: 13/01/20

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp / डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.:
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) / नाम व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (यसोई हस्ताक्षर)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (यसोई हस्ताक्षर)
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>