



URN-C-20-02-0059

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building (A) T. 1. 1.	
APPLICATION NO आवेदन संख्या: V/0220/1166		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 10-02-20		 Post op Post op (1166) Jaldevi	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Jaldevi		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम: Bhagwan Singh		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कॉमन आवासीय पता Nagauri Amra, Chasmathansi			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Rava, DISTT- Mathura, U.P. 201204 Same as Above			
OCCUPATION व्यवसाय: Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 22000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA			
PAN No. एन.डी.एन. संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उम पर सही का निरास लगे।)		Yes / No हां / नहीं	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के नाम संबंध	
1.	Sukhavelji	60	M	Husband	
2.	Sheela	32	F	Son	
3.	Seema	30	F	Daughter in law	
4.	Ludhya	27	F	Daughter	
5.	Deepak	24	M	Son	
6.	Kabir	20	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पोषण कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रस्तुत करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने दिनांक का उद्देश्य:					
Sr. No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जहाँ को यह प्रमाणित सूची संलग्न				
	RE- JMSC				
	LE- JMSC				
	Surgery- (LE) DISTT JAL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कौन 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 नी गई सहायता राशि			
1.	SCEM				

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- 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 suspension/revocation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) 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.
- 4) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रस्ताव में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरवयव एवं/अथवा झूठा प्रस्ताव प्रेषित किया जाता है तो सभी सहायता निषेध की जा सकती है।
- 5) मैं यथार्थतापूर्वक यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया गया प्रस्ताव के लिए किसी अन्य सहायता नहीं मांगी है।
- 6) मैं यथार्थतापूर्वक यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता के लिए किसी अन्य सहायता/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो किया है और न ही किया मैं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/republish/reproduce my name, address, photo & details of this "purpose", for which such assistance is requested/needed, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic for soliciting donors 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) (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/needed will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting/withdrawing/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.
- 3) इस प्रस्ताव पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रस्ताव में पेश किया है, उसे "कोशिका" एच.एन.टी.ए. द्वारा, सचन/सचन द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया):

- By affixing my/our signature or left thumb impression on this Form, (Hospital) hereby agree & 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 the right to make up the shortfall from a full or partial NGO or any other source. This qualification 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.
- हमारी अतिथि, हस्ताक्षरों की ओर से प्रस्तुत/पेश की "कोशिका फाउंडेशन" से विनिर्दिष्ट सहायता हेतु "कोशिका फाउंडेशन" को नहीं है, जिसे हम (हस्पताल) किसी प्रकार से प्राप्त या स्वीकार नहीं करेंगे।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनिर्दिष्ट सहायता किसी भी सहायता/रोजगार/बिमा कंपनी से प्राप्त की जाएगी, जैसा कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विनिर्दिष्ट/प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो अन्य सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो अन्य सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उनके जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे पास होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

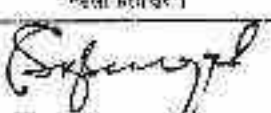
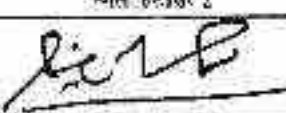
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अतिथि की तारीख 10-02-20	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg No - 58477 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा किया गया):

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2 
---	--