150

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

Koshika foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : V/0514/0150

APPLICATION DATE / आवेदन तिथी : 07/05/14

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mrs. Mashira

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 20

SEX लिंग : F

Preop

Postop

0150 Mashira

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Village- Gangeru, Tehsil - Shamli
Dist- Muzaffarnagar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
As above

OCCUPATION / व्यवसाय : Labour

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : Rs 48,000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या : N.A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
	Just Married 3 Mnth ago			
	husband studying			

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attached Certificate Copy) आर्थिक 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 किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची/संलग्न
1	Diagnosed : BE - Developmental Cataract
2	Surgery : RE - SICS + 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 ली गई सहायता राशी
1.	Help me see	Rs 1500/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त/रद्द/समाप्त होगी
2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि यदि सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी प्रयोजन की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जिस हेतु इस प्रपत्र में कहा गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जो सहायता हेतु यह प्रार्थना विनिति की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कम्पनी से न तो 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 & 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 Fondation 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 fulfilment 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 (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ अथवा "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता फोटो और विवरण जो इस प्रपत्र में वर्णित है, उसका विवरण, "कोशिका फाउंडेशन" एवम् न्यासी द्वारा मौखिक/या दूसरी उद्देश्य से सूची गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रतिविधि करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अनुरोधित है पूरी स्वचालित रूप से सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम होगा जो कि मुझे स्वीकार 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 duplicate assistance for the same patient/case from any 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, हस्ताक्षरी मार्फत/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) द्वारा निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह है कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मामले में लेंगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवेदन/किसी प्रकार के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद इस रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेंगी।
2. यह कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दिये गये सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का विकल्प यह हस्पताल/रोगी एवं हस्पताल के मध्य में आधारित है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल या रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने की सारी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE मन्जूर	REJECTION नामन्जूर
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/05/14	DR. ABHISHEK B. DAGAR MS & JD (Hospital Services) VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE 1/31, Sheikh Sarai Institutional Area, (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) [illegible] DMC-13390	TANUJA JOSHI Managing Director VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Phone of Hospital) 110017 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन हेतु

SANCTIONED अनुमति	REJECTED नामन्जूर	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	DATE of DECISION निर्णय तिथि