VRN-C-20-11-0101

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

Koshika foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या : V/1120/0126	APPLICATION DATE आवेदन तिथी 04/11/20		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Babu Lal	AGE-YEARS आयु-वर्ष 48	SEX लिंग M	



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0126) Babu Lal

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कुटुम्ब का नाम Manhori

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Bhuda gate, Deeg, Deeg, Deeg
Deeg, DISTT. Bharatpur, Rajasthan 321203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 19500/-	(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 लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाये)	Yes / No हां / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 छाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

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

Sr. No क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर के पास से गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – PP
	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 है?

Sr. No क्र.सं संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायक राशी
1	Lupin Foundation	Paid

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 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/private/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई मिथ्या कथन पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
3) मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि जिस उद्देश्य हेतु यह सहायता की गई है उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोत्साहन/अनुदान 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 its Trustees to use/publish/transmit/re-produce my name, age, sex, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any media, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
2) I (Applicant) further agree that any & all 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 एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है उसे "कोशिका" एण्ड् न्यासी, दान, संकलन या दूसरे उद्देश्य में सूची गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है और प्रपत्र को विवरण और इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसकी अधिकृत है
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता का उद्देश्यों से जोड़ित है उसे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" ट्रस्ट उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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 the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
1) That we further & presently do not & will not in future avail of financial assistance from another NGO or any other source for the same patient/case, as we are requesting to get it 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 its 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 to be/being conducted by the Hospital on the patient, is based on the understanding 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मालूम/करें कि "कोशिका फाउन्डेशन" से चिकित्सा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है:
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में चिकित्सा सहायता किसी अन्य स्त्रोत से जैसा कि सरकारी अस्पताल या किसी अन्य संस्था से लिया गया/लिया जाने वाला है या जा रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन किया है के अलावा में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से राशि जुटाने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्त्रोत द्वारा रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से राशि जुटाने/लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाली किसी रोगी एवं अस्पताल पूरी होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No - 68029

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
05/11/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2