VRN-C-20-11-0340

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

Koshika foundation
Building Hope in life



Prop Postop
(0149) Ghatru

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/1120/0149	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	11/11/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Ghatru	AGE-YEARS आयु वर्ष	70
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/जीवनसाथी का नाम	Ghisu		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Jivanbas, Kheh, Distt Bharatpur, Rajasthan, 321203		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता	Same as above		
OCCUPATION व्यवसाय	Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	1950/- (Family)	(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 है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाये)		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 सम्बंध
1	Nijjee	67	F	wife
2	Gabbar	42	M	Son
3	Irfan	39	M	Son
4	Badi	40	F	Daughter in law

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) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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 आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन एवं संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (LE) PHACO + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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 राशि
1	Lupin Foundation	1000/-

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा :

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 legal prosecution.

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 solicited 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 आवेदन में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण मुझे कपट आभास पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है

2) मैं इस बात की पुष्टि करता/करती हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन', से जो भी सहायता, अथवा परामर्श अथवा अनुरोध की पूर्ति के लिये किया जायगा, वह इस आवेदन में वर्णित है।

3) मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा 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, display, share/disclose 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 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 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 grant or withdrawal/discontinuing 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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीगण " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और यह विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके न्यास द्वारा, याचना/या इससे उद्देश्य से चुने गोलियमियों और उपलब्धियों के लिये कोई भी प्रकार लेखन से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभावित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् 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 (अस्पताल 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 requisite 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 categorically 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 sole discretion 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, हस्ताक्षरों की ओर से मरीज/रोगी का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विगत सहायता किसी अन्य सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन किया है सामान्य "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दिये जाने/अस्वीकृत होने पर यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दिये अधिक/अस्वीकृत हेतु पर्याप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष/रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेंगे।

2) 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी सहायता चिकित्सा वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/ईलाज हेतु की गई सलाह या किया गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य पहलू की सारी जिम्मेदारी सिर्फ एवं अस्पताल की होगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
12/11/20	Dr. Ashwini Kumar M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No. -CG20[illegible] Time..... Date.....	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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