VRN-C-20-11-0514

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

Koshika Foundation



Preop Postop
(0156) Sukka

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/1120/0156	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	18/11/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Sukka	AGE-YEARS आयु वर्ष	71
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Patori		

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Sikrori, Bharatpur
Distt. Bharatpur, Rajasthan, 321201

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 निशान लगाये)	Yes / No हां / 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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) कम आय वर्ग 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	RE — F.P.
	LE — Senile Cataract
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये 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	Lupin Foundation	10000/-

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 the assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरा आवेदन निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की घोषणा करता हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दिया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन है उसका कोई हिस्सा किसी अन्य संस्था/व्यक्ति/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

I, By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/circulate/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 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 adversely affect me in receiving or continuing the said assistance. The decision of 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 अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक), अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीगण" को अधिकृत करता हूँ कि वो इस, जिसमें मेरा फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित है, उस 'कोशिका' शब्द चाहे, एवं माध्यम/या दूसरे उद्देश्य से जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इसका माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण और इसका ये पहले या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउन्डेशन' ये पूरी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लेखित है पूरे स्वतः सहमति का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी 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 the 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, or part of it, then the Hospital reserves the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation especially 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(s) procedure advised/conducted by the Hospital or the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, or 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 मरीज/रोगी को 'कोशिका फाउन्डेशन' से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकार करते हैं:
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन किया है सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यदि हेतु कि है, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अंशतः हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत/माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी दूसरे अन्य या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेंगी।
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या अस्पताल द्वारा दी 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 प्रभाव नहीं है, इसलिए अस्पताल ने रोगी के इलाज, सुरक्षा और आगे आने वाले निष्कर्षों रोगी एवं इसके की सारी और 'कोशिका' को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Aswini Kum
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
Reg. No. -66028

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन व सील के	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल प्राधिकृत अधिकारी
19/11/20	Time: ____ Dr.	Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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

30.12.2019