

VRN-C-20-12-0140

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Standing back of life

APPLICATION No.: 1220/0204
अवेदन नंदा

APPLICATION DATE: 02/12/20
अवेदन तिथा

NAME of APPLICANT: Duli Chand
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 72
SEX: M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sohan Lal
पिता/स्वामी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Bandha Chauth, Nijai

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Dist. Bharatpur, Rajasthan, 321203

Same as above

Pratap Pratap
(0204) Duli Chand

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (सिद्धि) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 22000/- (Family)

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

PAN No. स्वयं का PAN

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No

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 संबंध
1	Omwati	70	F	Wife
2	Mahesh	47	M	Son
3	Rameshwar	43	M	Son
4	Pravesh	43	F	Daughter in law
5	Rakesh	20	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोजन कार्ड	अन्य कोई साक्ष्य
(संलग्न पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(संलग्न पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(संलग्न पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुद्रित प्रमाण
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) PHACO + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी
1	Lupin Foundation	1000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा किया गया)

- 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 recalculation/cancellation.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future avail of the treatment in part or in full, from any other source (no insurance company, of the sort) for which the assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गए सभी विवरण सही वास्तविकी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कहीं विवरण सत्य कथन अथवा गलत गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से न तो न तो है, उसके उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी न तो न तो है, उस गलत या अशुद्ध या किसी अन्य सहायता/व्यय/योग्यता कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा किया गया)

I By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/authorise/out-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 it's 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) I (Applicant) further agree that any subsequent 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.

- इस प्रश्न में अर्हक द्वारा दिये गये सभी विवरण सही वास्तविकी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कहीं विवरण सत्य कथन अथवा गलत गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं (अर्हक) और भी सहमत हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउंडेशन" से न तो न तो है, उसके उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- मैं (अर्हक) और भी सहमत हूँ कि मैंने कभी भी न तो न तो है, उस गलत या अशुद्ध या किसी अन्य सहायता/व्यय/योग्यता कंपनी से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

By affixing hereunder signature of our Authorized 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. In the event 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 information essentially states that the Hospital will not avail any financial 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 remain 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 अधिकारी को अर्हक के मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सत्य प्रकार से मान्य न मानना चाहते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मरीज से की जायेगी, जो हमें अर्हक द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की जायेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता की कमी को पूरा करने के लिए अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता निरस्त नहीं की जायेगी और सहायता निरस्त नहीं की जायेगी।

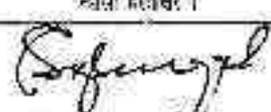
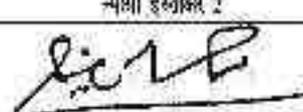
2. "कोशिका फाउंडेशन" से अर्हक को सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दायित्व नहीं है। उपचार/उपचार में रोगी के इलाज/उपचार और अर्हक के बीच सिफारिश की गई सहायता की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता के लिए कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 03/12/20	DR. RACHIN SHARMA 1988, DMC, FMC (F. & S. Pathology) 10, BGS, Sector-15 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजि. नं. व मुहर	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व नं. हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्वामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्वामी हस्ताक्षर 2 
---	--