

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/1220/0233 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 09/12/20

NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम: Lachchho AGE-YEARS आयु-वर्ष: 62 SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुप का नाम: Charanji

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: Harijan mohalla, Vill. Khosi, Bahanga, Distt. Bhojpur, Rajasthan, 321203
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: Same as above



Preop Postop
(0233) Lachchho

OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 21500/- (Family) (Attach Proof of income) (आय का प्रमाण संलग्न): NA

PAN No. स्पष्ट करा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Ritam Chand	63	M	Husband
2	Laxman	39	M	Son
3	Narayan	33	M	Son
4	Anjya	32	F	Daughter in law
5	Pooja	29	F	" " "

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रेटा 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) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---------------------------------------

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अभ्युक्त/प्रतिफल से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है:

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

1. I hereby declare 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 seek reimbursement, in part or in full, from any other source to cover the finance company, or the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रत्यक्ष रूप में नहीं है तो यही प्रत्यक्ष निरास को ज्ञात करने दें।
- 2) मैं इस बात का यकीन करते "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी है, उसके उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में ज्ञात किया है।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने कभी नहीं पूछा है, और अब भी नहीं पूछा है, कि कोई अन्य स्रोत से वित्तिक या सहायता प्राप्त करने से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy 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 donors 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 2. I (Applicant) further agree if at 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके स्वामीयों" का अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रमाणित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामीयों, दान, सहायता वगैरह उद्देश्य से दूसरी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी दूसरे माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का निरास को ज्ञात करने या ज्ञान से कल्पने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से यकीन अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण से कि सहायता को उपदेश्य से प्रमाणित है, पूर्ण स्वतः सहायता का उपकरण नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके स्वामीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन):

- By affixing the founder 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 seek or financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are receiving help from Koshika Foundation. It is evident that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, we can still fulfill our duty. Hospital reserve its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation is essential as it states that the Hospital will not seek 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 and/or 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर जो मेरे से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, वित्तिक हाम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
1. यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिक सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए पूछा है, क्योंकि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिक सहायता प्राप्त करने से मान्यता है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्णय अधिकृत/अन्य हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल स्वामीयों अन्य स्रोत से सहायता को किसी अन्य संगठन या सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में मान्यता बढ़ा जाता है कि हस्पताल हितोपय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसे कि उपकरण सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता वित्तिक प्रदान की है। यही या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किसे मा उपकरण/उपकरण का चुनाव यही हस्पताल के चयन का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा निर्णय प्रदान का कोई हस्तक्षेप नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और सारे जाने को सारे विचारों रोगी एवं हस्पताल को हानी और "कोशिका" को कोई पूर्णता या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery अंशरत की तारीख 11/12/20	DR. SACHIN SHARMA MDS, MRD, FRCR Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद, हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

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