

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/1226/0236**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **09/12/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Rame**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **52**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Meghshyam**



Free of Postop
 (0236) Rame

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Vill. Khohani, Bahana, Bahana
Distt. Bharsudpur, Rajasthan, 321203
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **1950/- (Family)**

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें): **NA**

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाये):
 Yes / हाँ / No / 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 संबंध
1	Vijay Singh	54	M	Wife
2	Man mahendra	25	M	Son
3	Rachis	25	F	Daughter in law
4	Mammy	04	M	Grand Son
5	Grandson	02	M	" "

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता हेतु लिये चिह्नित करें

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / सर्वोपेक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रो संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / अनाज कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रो संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

PURPOSE of REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किये गए चिह्नित का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिया गया है:

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 (अर्शक 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 liable for rejection or 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.
- I hereby confirm that I am not & will not in future, avail of reimbursement, in part or total, from any other source i.e. insurance company of the Government or any other source.
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एम काल अथवा फाल्स बता है तो मेरी आवेदन पत्र को न प्रकृत किया जायेगा।
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने कभी कभी मदद नहीं माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है।
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने कभी कभी मदद नहीं माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to establish/verify 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/operations. Same 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.
- 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 granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation and their decision shall be final and acceptable to me.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरणों का उपयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है।
- मैं (अर्शक) और भी सहमत हूँ कि मैंने कभी कभी मदद नहीं माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है।
- मैं (अर्शक) और भी सहमत हूँ कि मैंने कभी कभी मदद नहीं माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया):

- 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:
- that we neither are presently nor will in future avail of the said 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 full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure, as recommended by the Hospital on the part of the parent, is based on the arrangement between the parent & 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.
 - हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हस्पताल) कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है।
 - यदि कोशिका फाउंडेशन से मदद नहीं मिलती है तो हम (हस्पताल) कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है।
 - कोशिका फाउंडेशन से मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है। न कभी कभी मदद माँगी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
11/12/20

DR. SACHIN SHARMA
MBBS, DNB, FCO (Surgical)
FRCR (Surgical)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ब्यक्ति हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ब्यक्ति हस्ताक्षर 2