VRN-C-20-12-0438

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

Koshika Foundation
Building Stars of Life



Prep Postop
(0240) Sohan Lal

APPLICATION No.: आवेदन संख्या	V/1220/0240	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	09/12/22
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Sohan Lal	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 45	SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम	Mool chand		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता	Main market, Brahmawad, Brahmwad Distt. Bharatpur, Rajasthan, 321410		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता	Same as above		
OCCUPATION: व्यवसाय	Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	1950/-	(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 भरू 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
1	Suman	45	F	Wife
2	Mayank	20	M	Son
3	Deva	18	M	Son

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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनिका कार्ड (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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE — HP
	LE — Total Cataract
	Surgery — (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्र.सं संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	OBCS	20000/-

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 rejection/cancellation.
2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purposes 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 the requested assistance in part or in full from any other source/employer/insurance company, at the same time for which the assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रार्थना - पत्र में दर्ज सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई मिथ्या तथ्य बताया अथवा पाया गया है तो मेरे आवेदन पत्र को अस्वीकृत/निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउन्डेशन' से सही या सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दर्ज किया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस प्रयोजन हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस रोगी का चिकित्सा या संबंधित किसी अन्य क्षेत्र/चिकित्सकीय संस्थान 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 it's Trustees to use/publish/post/reproduce my name, address, photo & details of the 'purpose' for which such assistance is requested/granted, through any media/platform 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 once 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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं 'कोशिका फाउंडेशन' और उसके न्यासियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे 'कोशिका' एकम् अन्यों, वाद, माध्यमों/या दूसरे उद्देश्यों से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार उपयोग में लाने/प्रेषित करने के लिए अधिकृत हैं। यह उपयोग उक्त प्रयोजन के पहले या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" के पास अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि ऐसे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के अनुरोधों से उल्लिखित है चुने स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध 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 : हस्पताल 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 requested assistance is not granted by Koshika Foundation, or partially, then the Hospital reserves the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation/assertion also states that the Hospital will not avail any corporate 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 doctor 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षारी की ओर से मान्यकारी हेतु 'कोशिका फाउन्डेशन' से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनसे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्तीय अंश के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उपयुक्त हेतु कि है, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नियमित आंशिक/आंशिक रूप से मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से कमी पूर्ति का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष द्वारा रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेंगी
2 "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ले गई सलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुविधा और आने वाले को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

DR. SACHIN SHARMA
MBBS, DNB, FCPS (Ophthalmology)
Reg. No. 2010/06/0001

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
11/12/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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