VRN - C-20-12-0456

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

Koshika Foundation

APPLICATION No.: V/122e/0241
APPLICATION DATE: 09/12/20

NAME of APPLICANT: Ramo
AGE YEARS: 71
SEX: F



Prep Postop
(0241) Ramo

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Laturi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS:
Singh pol gate, Deeg, Deeg, Deeg
Distt. Bharatpur, Rajasthan, 321203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:
Same as above

OCCUPATION: Home Maker
MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 2150/- (Family)
(Attach Proof of Income): NA

PAN No.:

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

FAMILY DETAILS

Sr. No	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Late Ved Ram	Late	M	Husband
2	Bably	44	M	Son
3	Omwati	41	F	Daughter in law
4	Sunita	22	F	Grand Daughter
5	Suresh	20	M	Grand Son
6	Jitu	17	M	" "

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No	Medical Reports/Prescriptions Attached
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) CIC + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	Lupin Foundation	1000/-

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 & Consent 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 declare that I have not & will not in future, avail or reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन आवश्यक पाया जाता है तो मेरे सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि 'कोशिका फाउंडेशन' से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस मदद हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल किसी अन्य संस्थान/कंपनी/बीमा कम्पनी 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 its Trustees to use/avail/ duplicate/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any media, including but not limited to scrolls, 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 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 की छाप 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 विवरण जो प्रपत्र में मांगा है, उसे 'कोशिका' एवम् न्यासी द्वारा, याचना/या दूसरे उद्देश्य से सही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ऐसे प्रपत्र का विवरण मैं इलाज के पहले या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' ये स्वतंत्र अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में 'कोशिका' एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing here under 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 it 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 confirmation accordingly 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 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 assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcomes & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी को ओर से पापनाशी के "कोशिका फाउंडेशन" से विशिष्ट सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, लिहे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पालन ये स्वीकार करते हैं।

1) कि हम ने रोगी और न ही परिवार में किसी सहायता किसी और माध्यम, से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/पालने से लेने जा रहे हैं, जैसे कि हमने 'कोशिका फाउंडेशन' से रिक्वेस्ट/विनती उक्त के सम्बन्ध में 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा मदद हेतु कि है। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विनीत मदद अन्य रोगी/मरीज हेतु किसी भी प्रकार से अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) 'कोशिका फाउंडेशन' से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउंडेशन' इस किसी प्रकार का कोई सम्बन्ध नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जान की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इलाज की होगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृतों के लिए संस्तुति

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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