

C-21-07-0660

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

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1021/0394

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि :

13/10/2021

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ram Karan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Sukh Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसथा पता

Village - Maheshwari Mohalla, Dha-med,

Ten - Rajgarh, Dist - Alwar, Rajasthan - 304008

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अवसथा पता

as above

PreOP

PostOP

0394

Ram Karan

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

60,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छहों का चिह्न लगायें)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 सम्बन्ध
(i)	Ashoka	60	F	wife
(ii)	Kailash	35	M	Son
(iii)	Mahesh	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनोद आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित कारण दर्शाएँ :

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

(1)

Diagnosis - RF - SILENT CAT
LE - SILENT CAT

(2)

Surgery - IE - SICCS + JOL

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

Sr. No.

क्रम संख्या

(1)

NILL

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED
तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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, if any, 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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बतल गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या अन्य स्रोतों से नहीं हूँ, इस धरा का अधिकतम या शक्यतः किसी अन्य कोष/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कानून/या दूसरे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्राप्त करने के लिए अभियुक्त है। मैं इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी व्यक्ति को नहीं दूँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये गये निर्णय और सहायता को स्वीकार करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली की छाप

Ram Kishan
L.H

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially 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 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 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकतम/कम हेतु मरद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी तरह उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस पर ही सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये इलाज में रोगी के इलाज सुख और करने करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमारा को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/10/2021	Dr. NUPUR GUPTA MS (OPHTHAL) Reg. (Name of Dr. & Reg. No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील, न	CHARAN MASSEY Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar नम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थायी हस्ताक्षर 1 Sufan	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थायी हस्ताक्षर 2 Sufan
---	---