VRN - C-20-03-0075

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

Koshika Foundation

APPLICATION No : आवेदन संख्या :	V/0320/1241
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	04-03-20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Lakhan Lal
AGE-YEARS आयु वर्ष	67
SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Dauli



Preop Postop

(124.1) Lakhan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bhayasinga, Bharatpur

Distt- Bharatpur, Rajasthan, 321612

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as Above

OCCUPATION : व्यवसाय	Farmer
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	MARRIED (विवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	23000/-
(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 लागू 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 सम्बन्ध
1.	Sangeeta	64	F	Wife
2.	Sandeep	31	M	Son
3.	Kapil Singh	27	M	Son
4.	Lokesh	22	M	Son
5.	Manju	25	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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) राशनकार्ड (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 - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) SICS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता राशि
1.	SCEH	

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 "purpose" as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not (i) have, avail of 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउन्डेशन', से जो भी सहायता मुझे प्राप्त होगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस प्रयोजन हेतु यह आवेदन की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य संस्था/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

I/ By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I/Applicant also 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 soliciting 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 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 जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एवम्, कार्यालय दूसरे उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम के प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। यो प्रपत्र पर विवरण भरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जाहिर है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध 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:

I/ 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 us 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 it's 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 etc. being conducted by the Hospital on the patient, is based on the understanding 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 outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इस अधिकृत हस्ताक्षरों की मांग के माध्यमों को "कोशिका फाउन्डेशन" से चिकित्सा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में चिकित्सा किसी और संस्थाएं संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से किया/करा/लिये तक के प्रयास में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता चिकित्सा आंशिक/पूर्णतः हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से आवश्यक होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और संस्थाएं स्रोत पर किसी अन्य माध्यम से नहीं उठायेगा।

2) 'कोशिका फाउन्डेशन' से जो भी सहायता मदद चिकित्सा प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई इलाज या किस गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे बचने की सारी जिम्मेदारी ले ली है और 'कोशिका' की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No. 09-35572
Sign.....

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Administrator

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. सहित	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
04/03/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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