VRN- C-20-03-0302

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

Koshika Foundation

APPLICATION No आवेदन संख्या :	V/0320/1249
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	06/03/20



NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Laxmi Narayan	59	M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : Uttraj Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Royle Water Fc Pass, 203, Madan ki Kut, Bharatpur

Distt- Bharatpur Rajasthan, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as Above

Proof Postop

(1249) Laxmi Narayan

OCCUPATION : व्यवसाय	Farmer
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	24000
(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 हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों के नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Kala Devi	55	F	Wife
2	Sanjay	30	M	Son
3	Meera	28	F	Daughter in law
4	Manoj	25	M	Son
5	Sala	19	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा की 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 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 लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	SCHEME	

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

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण इसे कम अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता रिद्द की जा सकती है।
2) मैं इस बात की पुष्टि करता/करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मांगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दर्शाया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निगम/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 it's Trustees to use/publish/circulate/produce 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 it's 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) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested/granted, will not entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision regarding 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 न्यासीगण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, सहायता मुहैया कराने से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा यह विवरण मेरे 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 या कि सहायता की अपेक्षाओं से जाहिर है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

Laxmi Mandal

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/proposal 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 it's right, to raise up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation is specifically stating that the Hospital will not avail any of (other) 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 as is/to be conducted by the Hospital on the patient, is purely on the arrangement between the patient & the Hospital and, is in no way of interest 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मरीज/केस को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशिष्ट सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में जिस सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले से लेने जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से जिसकि/जिनसे उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिलाई आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवेदन द्वारा मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे/लेंगी।
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये इलाज/प्रक्रिया का चुनाव जैसा इस दस्तावेज के तौर पर विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है, इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज चुनाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रहेगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. ABHISHEK HANS
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; डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन न एवं म	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद अस्पताल अधिकृत अधिकारी
06/03/20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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