VRN-C-20-03-0292

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

Koshika foundation
Building block of life.



Preop Postop
(1257) Prabhu Dayal

| | |
|---|---|
| APPLICATION No. आवेदन संख्या : | VI0320/1257 |
| APPLICATION DATE आवेदन तिथि | 04/03/20 |
| NAME of APPLICANT आवेदक का नाम | Prabhu Dayal |
| AGE-YEARS आयु वर्ष | 66 |
| SEX लिंग | M |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम | Hyan chand |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता | Mathura gate, Barwab gali, Churu Lute mohalla Bharatpur Distt- Bharatpur, Rajasthan, 321001 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता | Same as Above |
| OCCUPATION : व्यवसाय | Farmer |
| MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | MARRIED |
| 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 लगाए | Yes / No हाँ / नहीं No |

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 संबंध |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Kamla | 63 | F | Wife |
| 2 | Kunal | 27 | M | Son |
| 3 | Hema | 25 | F | Daughter in law |
| 4 | Madhav | 33 | M | Son |
| 5 | Neeraj | 30 | F | Daughter in law |
| 6 | Mohit | 10 | M | Grand 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 प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्यंत आर्थ कमजोर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|---|---|
| | | | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|---|---|
| | RE- Senile Cataract |
| | LE- Senile Cataract |
| | Surgery - (R) SICS + IOL |

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

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी |
|---|---|---|
| 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, 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 same/part/in part or in full, from any other source/private/trust/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र 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 सत्यापित करता / करती हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन' से यदि जो सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में दर्शाया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस उद्देश्य हेतु यह आवेदन की गई है, उस मद के आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ट्रस्ट/निगमक/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/publish/post/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 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 जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एवम् माध्यम/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है मेरे चयन का 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 जो कि सहायता के उद्देश्यों में अंकित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध 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 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. It is part of our / their pre-Hospital reserves to go to make up the shortfall from another NGO or any other source. The 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 purely 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्यापित व स्वीकार करते हैं:
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न स्त्रोतों जिसमें गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मरीज में लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/जिसकी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता जिसकी आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्त्रोत उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी याचकी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी
2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, जैसा कि हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी लेगा/लेगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE**
स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | (Name, Designation & Stamp of Autorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|---|---|---|
| 06/03/2020 | | |

DIRECTOR Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Administrator

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** कोशिका उपयोग हेतु

| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|---|---|
| | |