VRN - C-20-03-0293

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

Koshika Foundation

APPLICATION No.: आवेदन संख्या : V/0320/1265		APPLICATION DATE आवेदन तिथी 06/03/2020	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : Naimi Chand		AGE-YEARS आयु-वर्ष 59	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम : Hangnyam			



Proof Postop

(1265) Naimi Chand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
14, Jatav Mohalla, Mangarwa, Morak Kalan
Distt - Bharatpur Rajasthan 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
Same as Above

OCCUPATION व्यवसाय : Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 21000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA
PAN No. पैन 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 लगायें)	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 सम्बंध
1	Kamlesh	57	F	Wife
2	Rakesh	28	M	Son
3	Vivekh	24	M	Son
4	Ravita	20	F	Daughter

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 छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ रूप से कमजोर 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 आवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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-	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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 the concerned gift / part or in full from any other source/employer/insurance company, at the amount for which this assistance is requested.

1) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई मिथ्या कथन अथवा पाया जाता है तो मेरी याचिका निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की सहमति देता / देती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, अथवा उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, वह राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

(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, 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 का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपना 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 वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, इत्र. माध्यम/या दूसरे उद्देश्य से जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण भरे जाने के पहले या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' व उसको अधिकृत है।

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

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

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 (either are presently not 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 expressly 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 & absolute 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 मामले/प्रस्ताव को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाने हैं, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/चाहते हुए के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल लिये गये उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई रुचाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के उचित इलाज और आगे आने वाली सारी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृतार्थ के लिए संस्तुति

Dr. ABHISHEK HANUR
MCI No-109-35572
Sign.

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
04/03/2020

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन व मोहर नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Dr. Shroff's Eye Care Institute
Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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