VRN-C-20-03-0301

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

Koshika Foundation



Preop Postop

(1268) Dayaram

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/0320/1268

APPLICATION DATE आवेदन तिथी: 06/03/2020

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Dayaram

AGE-YEARS आयु वर्ष: 62

SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: Bhola Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
Nadiya mohalla, Ward 13, Bharatpur
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: 25000/-

(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 मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें): Yes / हाँ: No / 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 सम्बंध
1	Jamuna ji	60	F	Wife
2	Pappu	35	M	Son
3	Lata	32	F	Daughter in law
4	Kalua	32	M	Son
5	Mamta	29	F	Daughter in law
6	Rajat	27	M	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 छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनिंग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile cataract
	LE - Senile cataract
	Surgery - (E) 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 & organ 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/s 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/s like employer/insurance company, of the amount for which the 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) मेरे द्वारा यह सहायता राशि 'कोशिका फाउन्डेशन' से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में दर्ज किया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैंने आवेदन किया 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)

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/disseminate 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 any 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) 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 दीगयी है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासों, दान, सामान्य रूप से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रचार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण यह उपयोग के पहले या बाद में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" के पास अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्ण रूपः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध 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 (hereinafter referred to as 'we') shall not 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 the right to make to 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी को आगे से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाने है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकार करते है

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती करके उक्त में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/संपूर्ण रूप से प्रदत्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है, इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि उपरोक्त द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेंगे।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता जैसा वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का 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 दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल पर रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी, और इस सम्बन्ध की कोई और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No. 49-35572
Sign.

Administrater

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्पताल में रजि. न	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
07/03/2020		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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