

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 10320/1285 APPLICATION DATE: 10/03/20
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME OF APPLICANT: Kishor Kumar AGE-YEARS आउं वर्ष: 52 SEX लिंग: M
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Indira
 पिता/स्वामी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 102/25, Nagar Parishad ke peechhe, Koli mohalla
 Bhanupur, DISTT - Bhanupur, Rajasthan, 321001
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as Above

Pratap Pratap
 (1205) Kishor
 Kumar

OCCUPATION: Milk Man MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 20000/- (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण): NA

PAN No. (आई टैकान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मत्र नो उस पर सही क चिहान लगाणे): हां / नो

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Ravindra	47	M	Brother
2	Sumita	47	F	Sister in Law

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जमा की गलत न करे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जमा की गलत न करे)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की जमा की गलत न करे)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन 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 स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र):

- 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 null and void for reimbursement.
 - 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.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रमाण पत्रा बना है तो ऐसे सहायता निधि को वापस कर देना पड़ेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कारिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लेख किये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने वर्तमान में वही सहायता नहीं ली है, अब नहीं ली जायेगी या कबल केवल किसी अन्य सहायतादाता/बीमा कम्पनी से ही वापस कर लिया है और उही सहायता नहीं ली है।

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, distribute, 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.
 - 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 & its rationale will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कारिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य इस प्रपत्र में उल्लेख हैं, उसे "कारिका" द्वारा नामी, पता, पता/पता इस उद्देश्य से सुदूर गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण में प्रपत्र को पढ़ने या बाद में अन्य के लिए "कारिका फाउंडेशन" में नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रपत्र में उल्लेख हैं, उन्हें स्वतः प्रकाशित या इतरा नहीं बनाया जायेगा। इस सम्बंध में "कारिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

विशेश्वर

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

By affixing her/his/their signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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, in 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This condition essentially states that the Hospital will not accept any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 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 judgement/balance between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & 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 हस्ताक्षर की ओर से घोषणा करने के "कारिका फाउंडेशन" से निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न करार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह हमारे वर्तमान और भविष्य में किसी सहायतादाता/बीमा कम्पनी या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिए वापस कर देना है, जैसे कि हमने "कारिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निम्न उक्त के सम्बंध में "कारिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कारिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विना अधिकृत/स्वीकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायतादाता/बीमा कम्पनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस उद्देश्य से सहायता प्राप्त करना है कि असमर्थ रोगी/रोग के उक्त रोगी/रोग हेतु किसी भी सहायतादाता/बीमा कम्पनी से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कारिका फाउंडेशन" से ही कोई सहायता कबल प्रपत्र में उल्लेख किये गये उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जायेगी। हस्पताल का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कारिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी का इलाज सुझाएगी और अपने चर्चे को सही निर्णय लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
19/03/20

Dr. ABHISHEK HANDE
MCI No. 09,35572
Sign: *[Signature]*
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

[Signature]
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2
[Signature]