

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.

आवेदन संख्या

V/0320/1206

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/03/20

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Sharda

AGE YEARS मातृ वर्ष

46

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कसुम का नाम

Laxman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

582, Adarsh colony, Pali Bazar, Behind Turist complex

Bharatpur

District - Bharatpur, Rajasthan, 321004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as Above



Proof Postop
(1206) Sharda

OCCUPATION

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)

(अर्थ का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. खाते वाला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (अं को चयन हो उस 'X' सही का चिह्न लगाये)

Yes / No

हाँ / 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 से संबंध
1	Mr. Kumar	47	M	Husband
2	Vijay	23	M	Son
3	Ravi	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपभोग्य कार्ड की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये चिकित्सा कारण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पूर्ण संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) CICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा यह)

- 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.
- I solemnly declare 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 assistance is requested.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लिम या कथन असत्य प्रमाण प्राप्त है तो मैं परेशान निरस्त करी जा सकती हूँ।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा जो इस प्रश्न में घोषणा है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद को पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

I By affixing my signature or thumb impression on this form (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/permit/accept/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 or continuing the assistance will rest solely with the trustees of Koshika Foundation, and their decision on this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न में मैंने अपना नाम, पता और बायाँ अंगूठा या दाहिने की उंगली का छाप लगाया है, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और बायाँ अंगूठा या दाहिने की उंगली का छाप इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रचारित किया जा सकता है और "कोशिका फाउन्डेशन" को उपलब्धियों के विषय में प्रचार माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है। मेरे प्रश्न का विवरण या इलाज के बतलाने या यह मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद माँगना है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बायाँ अंगूठा या दाहिने की उंगली का छाप मेरे उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः इलाज का इंतजाम नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का विवरण और प्रचारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

By affixing hereunder, 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, 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This condition essentially states that, the Hospital will not avail any public 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 to be 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अतिथि, रोगी/रोगी की ओर से मांगने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमारे अतिथि/रोगी को वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेते या ले रहे हैं, जैसे कि अन्य "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद देना है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में उक्त कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी से किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेती।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। उसे पर हस्पताल द्वारा ही माँगा जाता है कि न तो उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव किया जा सकता है और प्रस्तावित कि कौन सा विधि है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इलाज के प्रस्ताव में रोगी के इच्छा अनुसार और उनके जाने की सारी ज़िम्मेदारियाँ हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ नहीं होंगी।

Dr. ABHISHEK HANU
MCI No.-09-35572

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति



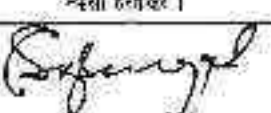
Date of Surgery
अपराजित की तारीख
19/03/20

Signature

Name of Dr & Regn. No. with Stamp
डॉक्टर का नाम व इलाजक नं. साथ च

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अर्शक द्वारा स्वीकार 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
अर्शक द्वारा स्वीकार 2
