

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/0320/1287

APPLICATION DATE: 18/03/20

NAME of APPLICANT: Vimla Devi

AGE-YEARS: 70 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jay Shankar



Preop Postop  
(1287) Vimla Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Jughina Gate, Bhaskarpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Dilkh-Bhaskarpur, Rajasthan, 32104

Same as Above

OCCUPATION: Homemaker

MARRIED (निम्नलिखित) / UNMARRIED (अनिम्नलिखित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 19000/-

(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण): NA

PAN No. स्वयं जमा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर देता है (जो प्राय हो उस क तरी का चिह्न लगाओ)

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 के साथ संबंध
1	Lachan Prasad	100	M	Husband
2	Shyam	43	M	Son
3	Meenu	40	F	Daughter in Law
4	Jatin	17	M	Grand Son
5	Rishi	14	F	Grand daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय नहीं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे एवं किसका उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आरक्षण/रेसिप्ट से जमा की गई प्रतिलिपि संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) SICS + IOL

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वारा किया जाये)**

- 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 reimbursement failure.
- 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 do not & will not in future avail of reimbursement (in part or in full) from any other source (employer, insurance company or the amount for which this assistance is requested).
- 1) मैं यहाँ कबल तब ही इस प्रश्न में दिने गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार उत्तर एवं सही हूँ, यदि कोई क्लियर एवं सत्य प्रमाण प्राप्त हो तो मैं भी स्थापन विवरण को जा सकती हूँ।
- 2) मैं इस बात का स्थापना करते "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं ही हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रश्न किया है।
- 3) मैं यहाँ कबल तब ही कि मैं किसी स्थापन से नही प्राप्त कर रहा हूँ। इस प्रश्न को सही है। इस प्रश्न को सही है। मैं किसी अन्य स्रोत (कर्मचारी, बीमा कंपनी, या अन्य स्रोत) से किसी भी प्रकार के भुगतान के लिए नहीं कर रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा किया)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any media, 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 fulfillment 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर मैं (अर्थक) यहाँ सन्मति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और या क्लियर इस प्रश्न में शामिल हैं, जैसे "कोशिका" द्वारा जारी, जो सानना या दूसरे उद्देश्य में जारी पहचानपत्रों और अन्वेषणों के लिए किसी भी प्रकार के प्रचार-प्रचार में प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रश्न को क्लियर एवं सत्य के रूप में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और क्लियर एवं सत्य प्रमाण को प्रचार-प्रचार में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न को क्लियर एवं सत्य के रूप में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और क्लियर एवं सत्य प्रमाण को प्रचार-प्रचार में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न को क्लियर एवं सत्य के रूप में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत हूँ।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छापना



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)**

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending the case/assistant 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 receiving/ 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 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 adopted/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement of between the patient & the Hospital, and in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will bear the sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हस्ताक्षर अधिकृत, स्थापना को और से प्राप्त करने के "कोशिका फाउन्डेशन" से दिने प्रमाण से प्राप्त करने के लिए मैं (हस्पताल) निम्न प्रश्न से मान्य व स्वीकार करता हूँ।

- 1) मैं यहाँ कबल तब ही मैं ही हूँ, जो प्रश्न में दिने गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार उत्तर एवं सही हूँ, यदि कोई क्लियर एवं सत्य प्रमाण प्राप्त हो तो मैं भी स्थापन विवरण को जा सकती हूँ। मैं इस बात का स्थापना करते "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं ही हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रश्न किया है। मैं यहाँ कबल तब ही कि मैं किसी स्थापन से नही प्राप्त कर रहा हूँ। इस प्रश्न को सही है। मैं किसी अन्य स्रोत (कर्मचारी, बीमा कंपनी, या अन्य स्रोत) से किसी भी प्रकार के भुगतान के लिए नहीं कर रहा हूँ।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं ही हूँ, जो प्रश्न में दिने गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार उत्तर एवं सही हूँ, यदि कोई क्लियर एवं सत्य प्रमाण प्राप्त हो तो मैं भी स्थापन विवरण को जा सकती हूँ। मैं इस बात का स्थापना करते "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं ही हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रश्न किया है। मैं यहाँ कबल तब ही कि मैं किसी स्थापन से नही प्राप्त कर रहा हूँ। इस प्रश्न को सही है। मैं किसी अन्य स्रोत (कर्मचारी, बीमा कंपनी, या अन्य स्रोत) से किसी भी प्रकार के भुगतान के लिए नहीं कर रहा हूँ।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
19/03/20

Dr. ABHISHEK HANDE  
MCI No. 09-35572  
Sign

(Name of Dr. & Regu. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इलाका व पते नं.

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



**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2