

(20-01-0046

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
foundation
Building Block of life



Preop. Postop.
0758 Banto

APPLICATION No. A/0120/0758 APPLICATION DATE: 3/1/2020

NAME of APPLICANT: Banto AGE-YEARS 78 SEX F

ATHER/SPOUSE'S NAME: Surajmal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Sonkh Teh. Kathumar
Alwar Rajasthan 321605

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: as above

OCCUPATION: House maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000 (Attach Proof of Income) NA

PAN No. MFA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Ramkishor	30	M	Son
2	Deep Chand	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का वर्णन:

Medical Reports/Prescriptions Attached

Diagnosis RE - IMSC
LE - IMSC

12) Surgery RE - SICCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस वर्णन के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन दान करने पर)

- 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, even or reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं यथाथर बता रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण पूरी सत्यता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण इस फॉर्म में अनसत्य प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं ठोस रूप से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से की जा रही है, उसके उपयोग इसे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यथाथर बता रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने पर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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.

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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वयंसेवक को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" फण्ड द्वारा, दल, माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहायता की पूर्णता के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या स्वामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लिखित हैं पूर्ण सत्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" फण्ड अपने अधिकारों का निर्वाह अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

R.T
Bunjo

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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 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 it's 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निम्न अधिकृत/प्रदान हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लगे गए सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायता/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज द्वारा जोर आने वाले को सभी निर्णयकारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

C MASSEY

Administrator

Dr. Shroff's Eye Hospital, Aligarh

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/01/20

Dr. RAHUL GUPTA
MS (OPHTHAL)

Reg. No. DMCIR/8222
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]