VRN-C-20-02-0340

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

Koshika Foundation

APPLICATION No. : आवेदन संख्या	V/0220/1151	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	07.02.20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Ranveer Singh	AGE-YEARS आयु वर्ष: 51	SEX लिंग: M



Pre op Post op
(1151) Ranveer Singh

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:
H.No.01, Nai Abadi, Teh-Firozabad
Distt- Firozabad, U.P. 283203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता:
Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय: unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय: 19000/-

(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 सत्य हो उस पर सही का निशान लगाये): Yes / No हां / 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.	Urmila	50	F	Wife
2.	Ramveer	27	M	Son
3.	Mithai	25	F	Daughter in Law

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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्र.सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से प्राप्त की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE- B.P
	LE- IMSC
	Surgery- (LE) SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

1) I hereby declare 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 avail of reimbursement in part or in full from any other source/employer/insurance company of the amount for which the assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रार्थना पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है. यदि कोई मिथ्या तथ्य कथन पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस जो सहायता (यदि "कोशिका फाउंडेशन", से प्राप्त हो रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा जो इस प्रपत्र में कहा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि चाहे सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या पूर्ण 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/communicate 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/events. 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 received/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 की 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 वे विवरण इस प्रपत्र में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सम्पर्क/या दूसरे उद्देश्य से जुटे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इलाज का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने की लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण या कि अस्पताल के उद्देश्यों से प्राप्त है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस संबंध 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 (अस्पताल 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 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, in part or in full, than the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation accordingly 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/executed 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.

दूसरे अधिकृत हस्ताक्षरी को ओर से प्रार्थना/रोगी का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विगत सहायता किसी अन्य सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से किया/किये उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्वीकृत हेतु कहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता जिसमें आंशिक/पूर्णतः हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या "कोशि अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डिपॉजिट प्रकार एक रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है, रोगी का इलाज द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जान जाने की सारी जिम्मेदारी अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका व जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Opthalmology Reg. No. - 58417 Time..... Date (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं सहित मुहर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
08-02-20		Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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