VRN-C-20-02-0730

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

Koshika foundation
Building stone of life



Pre op Post op
(1182) Lilawati

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/0220/1182	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	12-02-20
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Lilawati	AGE-YEARS आयु वर्ष	79
		SEX लिंग	F
FATHER's/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम	Uyasi		

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Bajawada, Kedarnagar
Distt- Bhagirathi, Rajasthan, 321203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as Above

OCCUPATION व्यवसाय : Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 1500/-	(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 मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)	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 सम्बंध
1.	Ram Khiladi	Late	M	Husband
2.	Ramlal	58	M	Son
3.	Poonam	56	F	Daughter in Law
4.	Lalmani	23	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सरल आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु लिये गये निर्णय का उद्देश्य :

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर के जारी की गई पर्चियां सूची संलग्न
	RE - EMSC
	LE - EMSC
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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 & grant of 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(s) 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 this assistance is requested.

1) मैं अपना घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी ब्यौरा मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन' से ली जा रही है उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रार्थना में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल 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/disseminate/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 any 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(s)' 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं 'कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि वह नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में वर्णित है, उसे 'कोशिका' एवम् न्यासी, दान, प्रायोजन या दूसरे उद्देश्य से सूचना गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए 'कोशिका फाउंडेशन' वे न्यासी अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में अंकित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hon'ble/dr. 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 also clearly 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" 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 वित्तीय सहायता किसी और संस्था/संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने जा रहे हैं, जैसे कि हमने 'कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनती करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/सकल रूप मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संस्थान से रहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा एक ही रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी.

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है. रोगी पर अस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है. इसलिये अस्पताल से रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी होगी, वही अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No - 58417 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्पताल में रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
13-02-20		Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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