URN: C20-02-0736

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

Koshika foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/0220/1188	APPLICATION DATE : आवेदन दिनांक	12-02-20

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Mugfali	80	F



Pre op Post op
(1188) Mugfali

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम : Nathua

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता :
Tatale mohalla, Beehan, Beehan
Distt - Bharatpur, 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 : 2150/-

(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 लागू हो उस पर सही का निशान लगायें) : 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.	Roshan	Late	M	Husband
2.	Nathuraj	50	M	Son
3.	Sanwari	47	F	Daughter in law
4.	Lalita	21	M	Grand Son.

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 क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यकता/डॉक्टर के द्वारा की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 राशी
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 & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
2) I also hereby 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 other financial assistance in part or full from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है
2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायगा, जो इस प्रपत्र में दर्ज है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस 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 Left thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use, publish/put-up/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 my treatment or fulfilment 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 subject me to any liability for receiving or continuing the said assistance. The decision regarding whether/continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation and their decision in this regard will be final and applicable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीगण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दर्ज है, उसे "कोशिका" द्वारा चलाई जा रही जानकारी मूलक उद्देश्य से चुटे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किये भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए, अधिकृत है। इस प्रपत्र का वियरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को न्याले अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूरी तरह सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी 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. 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को नीचे दी गई जानकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशेष 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 जिसके सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती अंश के रूपमें में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पूरा या आंशिक रूप से किया जाना है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्णीत आंशिक/पूर्णतः रूप से स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले हेतु किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से यही लेगा/लेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जाएगा वह पूर्णतः वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह व किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ही रोगी के इलाज, सुरक्षा और आगे आने वाले सारे जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और 'कोशिका' की कोई भूमिका या 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 Ophthalmology Reg. No. - 58417 Date..... Time..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन 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 आंतरिक उपयोग हेतु

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

30.12.2019