

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: U/0220/1196 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 18-02-20

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: Shiv Dei AGE-YEARS आयु वर्ष: 80 SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: Devi Singh



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: BRADWANA, DUDHWANA

DIST- Bhatnagar, Rajasthan, 32101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:

same old Abode

Pre op Post op
(1196) Shiv Dei

OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 22000/- (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	<u>ASHU KUMAR</u>	<u>late</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Bhagwan Singh</u>	<u>60</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
3	<u>SANJEEV SINGH</u>	<u>57</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4	<u>Rupali</u>	<u>55</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in Law</u>
5	<u>Mehra</u>	<u>50</u>	<u>F</u>	<u>" "</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के निम्ने विधि आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेश की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता कार्ड की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - JMSC</u>
	<u>LE - JMSC</u>
	<u>Surgery - (LE) SIOS + IOL</u>

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

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
1	<u>SCFH</u>	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक का बयान था):

- 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 null & void. I am liable for penalties & cancellation.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of any insurance, in part or in full, from any other source/employee insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ बयान करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन प्रकृत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ सच बयान कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण अंतिम तक ही करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में बताया गया है।
- मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि मैंने इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग दिव्या कर्म अन्य बीमा/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न माँगा गया है और न ही भविष्य में माँगा जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस बयान पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की 엄ू छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपना सहमति का पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्वाओं" को अधिभूत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जो "कोशिका" एवम् त्वाओं द्वारा, वाचनिक या दूरदर्शन से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे द्वारा या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम अधिकृत हैं।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी त्वाओं के उद्देश्यों से प्रचारित है जो स्वयं-सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् त्वाओं के विचार, विचार और माध्यमकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएँ की 엄ू छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कथन):

- By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this case/assistant for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- That we neither are presently nor will in future avail of the said 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. The 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.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedures are decided/decided by the hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is not was 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, इत्यादि के अंतर् में मामलों/केसों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निरस्त प्रकार में प्राप्त या स्वीकार करते हैं।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी त्वाओं से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो हमें या हमारे कर्मचारियों से लेंगे या लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अधिकृत हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय सहायता केवल कोशिका फाउन्डेशन से ही प्राप्त होगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। मेरी या हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं सहायता या वित्तिय सहायता के लिए सहायता का चुनाव नहीं एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कथन प्रकृत नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में मेरी या हस्ताक्षर द्वारा और जाने जाने को जारी सिफारिश/सिफारिश के अस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी वित्तिय या निर्णयकारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery / ऑपरेशन का तारीख
19-02-21
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg No - 58417
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

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



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>