

VRN-C-20-02-01151

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: U10220/1216 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 19/02/2020

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: Kailashi AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 53 SEX / लिंग: F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME / पिता/ससुरा का नाम: Bhagwan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अवासाय का पता: Vill. Kol, Tehsil - Bayana

DIST- Bharatpur, Rajasthan - 321405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई अवासाय का पता: Same as above



Break Postop
(1216) Kailashi

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 2400/-

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें): NA

PAN No. / स्थाई खास संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त्र हो उन पर सही का चिह्न लगाएं):
 Yes / No / हाँ / नहीं:

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sl. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	Kandhavi	54	M	Husband
2	Ramveer	23	M	Son
3	Saugan	20	M	Son
4	Ramvijay	16	M	II
5	Ram Bhanu	13	M	II
6	Pappu	09	M	II

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
 सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / तारीखी रेटा की तीसरी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एलएन-एन की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sl. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - Senile Cataract</u>
	<u>LE - Senile Cataract</u>
	<u>Surgery - (LE) LASIK + IO</u>

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

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

DECLARATION by APPLICANT - आवेदक का बयान 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 & amount assistance, if applicable 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 other reimbursement in part or full, from any other source (any other insurance company, or the amount towards the assistance requested).

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण सही व सत्यता के अनुरूप सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एच फॉर्म प्रत्येक पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो न सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो आर्थिक सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण से लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में उक्त पाया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता प्राप्त नहीं कर रहा हूँ, जो कि किसी भी अन्य सहायता के अलावा है और न ही भविष्य में करूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कथित)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my name, the information (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.

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 प्रत्येक पर अपना हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एचएफ द्वारा, कानूनन्य दस्तावेजों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किया जा सकता है या प्रचार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का उद्देश्य मेरे इलाज के खर्च या अन्य उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस प्रत्येक में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे अन्य सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनना इस सम्बंध में "कोशिका" एचएफ द्वारा ल्याबियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (दस्तावेज द्वारा कथित)

By affixing my/our signature, signature of our Authorized 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, in 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. 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 adopted/recommended by the Hospital on the patient, is based on the sur-judgment 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.

इसमें अधिकृत, हमारा/हमारे को और से प्राप्त/प्राप्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त उद्देश्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान अधिकृत/प्रदान हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है या अस्वीकार किया जाता है, तो हमारी/हमारे को सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु प्रस्तुत है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता प्रदान वित्तीय सहायता को है। रोगी का इलाज/उपचार जो कि सहायता या किसी नए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी/रोगी के चिकित्सक का निम्न है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किया जाता है। हमारा/हमारे को सहायता प्रदान करने में सहायता सुरक्षित और अपने अपने को सही निर्णय/निर्णय रोगी का इलाज को करने और "कोशिका" को कोई सहायता या निर्णय/निर्णय इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षित की तारीख
29/02/2020

Dr. Priya Agrawal
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg No. - 56417
[Name of Dr. & Regn. No. with Stamp]
डॉक्टर का नाम व इलाज करने वाले का

[Handwritten Signature]

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

[Handwritten Signature]
Administrator
Srinoid's Eye Care Institute
Gurgaon Distt., Haryana

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
सहकारी हस्ताक्षर 1
[Handwritten Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
सहकारी हस्ताक्षर 2
[Handwritten Signature]