

VRN-C-20-02-1181

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)



APPLICATION No.: 4/0220/1217  
 आवेदन क्रमांक

APPLICATION DATE: 19/02/2020  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kalava  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 60  
 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Inakula  
 पिता/कटुका का नाम



File of (1217) Kalava  
 File of (1217) Kalava

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kat  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Dist - Bhawalpur, Rajasthan, 221405  
 same as above

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 19000/-

(Attach Proof of income) NA

PAN No. (आपका पास है/नहीं है)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे पर धारा का चिह्न लगाएं) Yes/No

**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 संबंध
1-	Niniga	46	M	Husband
2-	Utpal	47	M	Son
3-	Sanshah	45	F	Daughter in law
4-	Mukesh	81	M	Grand Son
5-	Suraj	19	M	" "
6-	Ravi Mirbas	19	M	" "

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के नाम पर प्रमाण पत्र (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किसे एवं किसका उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - Senile Cataract
	LE - J.M.S.C
	Surgery - (LE) - SICS + IOI

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

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

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथना है):**

- 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.
- 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 reimbursement, in part or in full, from any other source (employment/insurance company) on the amount for which this assistance is requested.

- मैं यहाँ कथना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई कथना एवं कथना असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ सत्यतापूर्वक कथना करता हूँ कि 'कोशिका फाउण्डेशन' से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्णतः लिये ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं यहाँ सत्यतापूर्वक कथना करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस सहायता के अर्थ में किसी अन्य स्रोत (रोजगार/बिमा कंपनी) से कोई भी सहायता प्राप्त नहीं की है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथना):**

- 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 entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for discontinuing 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यायोधी' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है उसे 'कोशिका' एम.बी.एस., एम.ओ. ऑफ़ ऑफ़थैल्मोलॉजी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं यहाँ कथना करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता के अर्थ में किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त नहीं की है और न ही भविष्य में करूँगा।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्णतः लिये ही प्रयोग किया जायेगा और 'कोशिका' एम.बी.एस. उसके न्यायोधी को सहायता प्रदान करने और सहायता को जारी रखने के लिये अंतिम और अधिकारपूर्ण होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथना):**

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:

- 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 (aid) 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.
- The assistance from Koshika Foundation is purely financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/recommended 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.

हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी 'कोशिका फाउण्डेशन' से वित्तीय सहायता हेतु 'कोशिका' को सलाह देते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त करने से इनकार करेंगे, जो कि हमें 'कोशिका फाउण्डेशन' से सिफारिश/सिफारिश के अर्थ में 'कोशिका फाउण्डेशन' द्वारा प्राप्त हो रहा है। यदि 'कोशिका फाउण्डेशन' द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस प्रारूप पर हस्ताक्षर करवाते हैं कि हमें सहायता प्रदान करने और सहायता को जारी रखने के लिये अंतिम और अधिकारपूर्ण होगा।
- 'कोशिका फाउण्डेशन' से जो सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और 'कोशिका फाउण्डेशन' द्वारा सहायता प्रदान करने के लिये अंतिम और अधिकारपूर्ण होगा। अतः हस्पताल को सहायता प्रदान करने और सहायता को जारी रखने के लिये अंतिम और अधिकारपूर्ण होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	<p><b>Dr. Pnya Agrawal</b> M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg No. - 55417 T.M. (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व. पंजीकरण नं. के साथ</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p><i>(Signature)</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व. उक्त हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------	--	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>

