

VRN-C-20-02-1153

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 40000 संख्या : V/C220/121B

APPLICATION DATE: 20/02/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Pitam Kaur
आवेदक का नाम

AGE/YEARS: 70
SEX: F



FATHER/SPOUSE'S NAME: Hoveelham
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Jaisam, Kat

Distt - Bharatpur, Rajasthan, 321405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

One op (121B) Pitam Kaur
Post op

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 24,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

FAN No. (आय कर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes/No हा/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 सम्बन्ध
1	Manpat	72	M	Husband
2	Jagdish	48	M	Son
3	Saudan	39	M	Son
4	Ravindran	34	M	Son
5	Shailash	16	F	Daughter in Law
6	Kemaliya	39	F	Daughter in Law

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अल्प आय वर्ग की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (अल्प आय वर्ग की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित सूची संलग्न
	RE - Total Calomet
	RE - IMSO
	Surgery - (L ^e) STAS + TOL

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

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया जा)

- 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.
 - 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, grant or in full, from any other source/employer/insurance company of the amount for which the assistance is requested.
- 1) मैं यथासंभव सच है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन अथवा प्रत्येक गलत है तो मेरी लगातार सहायता की जा सकती है।
- 2) मैं यथासंभव सच है कि "कार्यक्रम का उद्देश्य" में दी गई है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता पत्र है।
- 3) मैं यथासंभव सच है कि मैंने कभी नहीं किया है, क्या नहीं करेगा अथवा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से पता पत्र प्राप्त है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कर)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - (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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कार्यक्रम का उद्देश्य और उसके विवरण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में शामिल हैं, उसे "कार्यक्रम" एवम् व्यक्तियों, उनके आयोजकों द्वारा इत्यादि से मुझी अभिव्यक्तियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य के अन्तर्गत या बाद में करने के लिए "कार्यक्रम का उद्देश्य" में शामिल अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य में प्रयोग के लिये उपयोग का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कार्यक्रम" एवम् व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर)

- By affixing hereunder signature of our Authorized 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 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.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume full & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient and Koshika Foundation will have no role or responsibility in that matter.
- अंगूठे/अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमति/सिफारिश को "कार्यक्रम का उद्देश्य" में प्रस्तुत स्थापना हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिये प्राप्त करने के लिये अनुरोध कर रहा हूँ, जो कि हमने "कार्यक्रम का उद्देश्य" में विवरण/विवरण उक्त के संबंध में "कार्यक्रम का उद्देश्य" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कार्यक्रम का उद्देश्य" द्वारा स्थापना विनिर्दिष्ट/अधिकृत हेतु सहायता नहीं मिल पाती है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता को प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के स्पष्ट करार का तात्पर्य है कि हमारा वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संबंध या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 2. "कार्यक्रम का उद्देश्य" में दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार इस से नहीं करता कि मैंने अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव क्यों एवं हमारा चिकित्सा का विषय है जो "कार्यक्रम का उद्देश्य" द्वारा निर्धारित/अधिकृत का उद्देश्य उक्त नहीं है। इसलिए हमारा हमें रोगी के उपचार सुझाव और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ एवं उपचार के दोषों और "कार्यक्रम" को उक्त अधिकृत/अधिकृत हेतु सहायता में नहीं करी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No. - 53517 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) शस्त्र का नाम या हस्ताक्षर के लिये	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	---



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक हस्ताक्षर 2