

C20-09-0461

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: A/0920/0016

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 19/09/2020

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Ueta Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 52 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: Dhan Singh



Pre op. 0016 Post op. Ueta Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Chamu Teh. - Malakhara

Dist. - Alwar Rajasthan - 301406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

As above

OCCUPATION व्यवसाय: Homemaker

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 42000/- (family)

PAN No. सवाई खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (को मान लें जहाँ पर सही का निशान लगाएँ): Yes No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
<u>(1)</u>	<u>Dhan Singh</u>	<u>65</u>	<u>M</u>	<u>husband</u>
<u>(2)</u>	<u>Ramkesh</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
<u>(3)</u>	<u>Ramkish</u>	<u>22</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) साहाय्य के लिए विकल्प आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE साहाय्य हेतु किये गये विनियो का उद्देश्य:

Sr No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (समस्या/दवाइयों के साथ जो भी हैं प्रतिवेदन सूची संलग्न)
<u>(1)</u>	<u>Diagnosis — RE-IMSC</u> <u>LE-IMSC</u>
<u>(2)</u>	<u>Surgery — LE-SICS+IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (किस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साहाय्य किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?)

Sr No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (की गई सहायता राशि)
	<u>NIH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 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 of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्राप्त किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु पर प्रार्थना को नहीं करूँ, उस रकम का अधिकतम या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉ. चणुपूर गुप्ता द्वारा उद्देश्य से सुदूर गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ग्यामी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है सुदूर तक सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उपायों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

 RT Sheela

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 advised/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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा यहाँ, हस्ताक्षरों को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

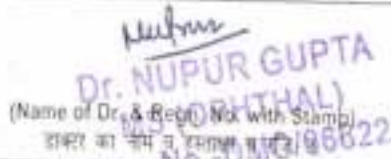
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकतम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने के लिए कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। उक्तलिखे हस्पताल में रोगी के इलाज दवा और अपने जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विनियमिता इस मामले में नहीं होगी।

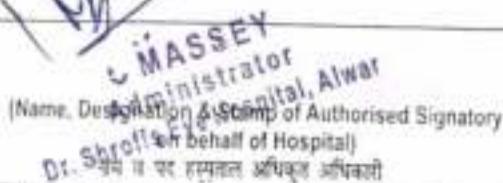
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सम्मति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

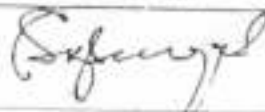
19/9/2020


Dr. NUPUR GUPTA
 (Name of Dr. & Regd. M.D. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व दस्तावेज नंबर
 Regd. No. DMG/86622


Dr. MASSEY
 Administrator
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 डॉ. शर्मा व र हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

