

MR No. C-20-09-0604

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: A/0920/0030 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 24/09/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Kishori AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 71 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Sumra



Pre op. 0030 Post op. Kishori

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Village - Patan Kalan, Teh. - Tizara

Dist. - Alwar, Rajasthan - 301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:

As above

OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 56,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. / स्थाई पहचान संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बन्ध

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

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1</u>	<u>Diagnosis - RE-IMSC LE-IMSC</u>
<u>2</u>	<u>Surgery - RE-SICS+IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्पक द्वारा किया गया)

- 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 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 यहाँ 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु पत्र प्रार्थना की नहीं है, उस मदद को भौतिक या संचालन हिसाब किसी अन्य प्रोडर/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान देकर, मैं (अर्पक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'न्यासी, धर, धारणा' द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाक़ के चारों ओर करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न 'न्यासी' अधिकृत है।
 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है उसे सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यासी' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
अर्पक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान


 L.T
Kishori Lal


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

- 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 solely 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जो कि सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यत्न न स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संभव या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा/पूरा नहीं किया जायेगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक संभव या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता/सहायता वित्तीय प्रकृति को है। हमारे हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और आने जाने को सही निर्णय लेने एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई धुंधला या विनियमित इस मामले में नहीं रहेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

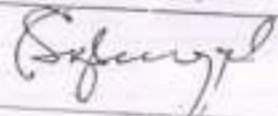
Date of Surgery
हॉस्पिटल की तारीख
24/09/2020


DR. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Regn. No.)
डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर


L. MASSEY
Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हमारे हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

