

C-20-09-0601

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या : A/0920/0033

APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 24/09/2020

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम : Luxman

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 72

SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्प का नाम : Kohra Ram



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. - 355 W.No. - 15, Jagdish Mandi, Hissar

Teh. - Hissar Dist. - Hissar Haryana - 125033

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

as above

Pre op. 0033 Post op. Luxman

OCCUPATION व्यवसाय : Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय : 70,000/-

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

PAN No. स्थाई राजस्व संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही 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 सम्बन्ध
(i)	Shakti Devi	65	F	Wife
(ii)	Gulshah	50	M	Son
(iii)	Patta	45	M	Son
(iv)	Mahipal	40	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	-------------------------------------

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

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

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 ली गई सहायता राशि
	<u>NIL</u>	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा 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 & 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता स्थिर न हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउन्डेशन", से न तो नही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस धन का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी खबरों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोचाल" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नामों, घर, पता/पता दूसरे उद्देश्य से नहीं प्रसारित करेंगे और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रशंसा करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थना है उसे कभी सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायोचाल का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" के विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) तब तक से धन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकांशकतः हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैतिक संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के स्पष्ट करार जता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से नहीं सेक्रेटरी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच में विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इत्यादि हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने को सही निर्णय लेती एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. NUPUR GUPTA
MSTOPHTHAL
(Name of Dr. & Reg. No. of Hospital)
REG. NO. DMG/06622

Dr. SHAMSH MASSEY
Administrator
Authorized Signatory
(Name, Designation & Stamp of Hospital)
पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2