

C-20-09-0656

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION NO

आवेदन संख्या

A/0920/0038

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

25/09/2020

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Dinu

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

68

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

Gauhari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

170 Village Talala Teh - Tijara

Dist. - Alwar, Rajasthan - 301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो खाने हो उस पर लकी का निशान लगाएं)

Yes/No

हां/नाही

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.	Jasreema	69	F	wife
2.	Tayab	32	M	son
3.	Billal	30	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"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 — RE- MSC LE- PP
2.	Surgery — RE- SIC&IOL

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 ले गई सहायता राशि
	NIL	



Pre op. 0038 Post op. Dinu

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, 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 दिए गए 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 शपथ करता हूँ कि यदि मुझे सहायता मिले, तो मैं उसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में घोषित किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रशिक्षण को नहीं ले रहा हूँ, न ही भविष्य में लेऊँगा, जो किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

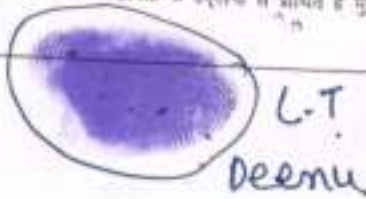
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, चर्चा, सम्बन्धित दूसरे उद्देश्य से प्रुटी वीडियो/प्रिंट और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इच्छा के बिना या बाद में करके के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसे अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है प्रुटी वीडियो सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुलेंस भरोसे का निर्णय नैतिक और सम्बन्धित होगा।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)

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 को और से मायसे/होपिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है, जिसे हम (हस्पताल) जिन प्रस्ताव 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 उम्मा हेतु/रोगी/रोगी से लेने या लेने का है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिशित उम्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिक आर्थिक/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उम्मा हेतु/रोगी/रोगी हेतु किसे नैतिक सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं होगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा चुनाव और जाने जाने को सारी ज़िम्मेदारियां होती एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई भुवि का जिम्मेदार ही सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
26/09/2020

Dr. **MURRAY SUPTA**
(Name of Ophthalmologist)
Reg. No. **DNIC/08622**

C. MASSEY
Administrator
(Name of Hospital Administrator or Authorised Signatory)
Dr. **Shroff** (Name of Ophthalmologist)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
बनामो हस्ताक्षर 1

[Handwritten Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
बनामो हस्ताक्षर 2

[Handwritten Signature]