

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/1020/0085 APPLICATION DATE: 13/10/20
आवेदन संख्या: अवेदन तिथि

NAME OF APPLICANT: Shou Mati AGE-YEARS: 69 SEX: F
अवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mati
पिता-सहोदर का नाम



PLEASE PHOTO HERE
Precep Postop
(0085) Shou Mati

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Bacetai, Dabran
वर्तमान आवासीय पता
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Distt. Bhairathpur Raigarh, 381201
स्थायी आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000/- (Family) (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सक्षम संकेत): NA

PAN No. स्वयं छाना संकेत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप आयकर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर कुरी का चिह्न लगाएं):
Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	<u>Ratan Singh</u>	<u>late</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Omveer</u>	<u>44</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Ranveer</u>	<u>34</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4	<u>Mamta</u>	<u>40</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कर्ष चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जर्न की गई उपचारात्मक सूची संलग्न
	<u>RE - Senile Cataract</u>
	<u>LE - Senile Cataract</u>
	<u>Surgery - (LE) EPCS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहां अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितना सहायता प्राप्त
<u>1</u>	<u>DSCS</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा कर):

- 1) I hereby declare 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 revocation/cancellation.
- 2) I solemnly declare 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 declare 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 सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मैं मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो उद्देश्य दर्शा रहा "कोशिका फाउन्डेशन" से सही जो सही है, उसका उपयोग उस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मंगल है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस उद्देश्य के अलावा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा से इस उद्देश्य के लिये सहायता प्राप्त करने की योजना नहीं बनाई है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/avail/out-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 & data is 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.

3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके स्टाफ" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस उद्देश्य के अलावा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा से इस उद्देश्य के लिये सहायता प्राप्त करने की योजना नहीं बनाई है।

4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है। मैंने सहायता के हस्ताक्षर नहीं बनाए। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के विवरण और उद्देश्य को प्रसारित करने का अधिकार केवल "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकारियों के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



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 its 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 to be conducted by the Hospital or 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ आगे से घोषणा करने की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य से सहायता नहीं लेते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है। मैंने सहायता के हस्ताक्षर नहीं बनाए। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के विवरण और उद्देश्य को प्रसारित करने का अधिकार केवल "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकारियों के पास होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार के चयन/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इलाज के हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने को सही सिफारिशें देनी एवं हस्पताल को सही और "कोशिका" को सही सिफारिशें या सिफारिशें इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANU (स्वीकृति के लिए संस्तुति)

MCD No. 40-36977

Signature
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाज का पत्र

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंशक की तारीख
14/10/20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]