


<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	<b>Koshika</b> foundation <small>Building Excellence</small>	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/1020/0089		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 14/10/20		
NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम: Chandrawati		AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 60	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहस्रक का नाम: Sarta		 Present Photo      Past Photo (0089) Chandrawati		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Malani mohalla, Pitaram Deeg, Ward no.21				
Deeg, Dist. Bhargatpur, Rajasthan, 321203				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: Same as above				
OCCUPATION व्यवसाय: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 2200/- (Family)		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न): NA		
PAN No. <input type="checkbox"/> प्राप्त हुआ है / <input type="checkbox"/> नहीं				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो कर या नहीं का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>				
<b>FAMILY DETAILS परिवार विवरण</b>				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Sugan Lal	61	M	Husband
2	Kishan	24	M	Son
3	Akash	18	M	II
4	Chetna	13	F	Daughter
<b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</b> सहायता के लिये विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उभरे स्थान पर)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उभरे स्थान पर)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उभरे स्थान पर)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
<b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b> सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन-सूची संलग्न			
	RE - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - (RE) STCS Flow			
<b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b> इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से लिये गयी है।				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशि	
1	DBCS		2200/-	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वांर घोषणा करें।**

- I hereby confirm that all contents in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Applicant & ongoing assistance void for reimbursement claim.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source (even private/insurance company) of the amount for which the assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सच एवं सही हैं। यदि कोई क्लेम द्वांर कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- मैं इससे अधिकतम प्रति "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद ले रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य से ही करूँगा जिसके लिए मैंने मदद माँगी थी।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत (किसी भी प्रकार के निजी/बिमा कम्पनी) से उस राशि के लिए मदद नहीं ले रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण):**

- By affixing the signature or thumb impression on this Form, Applicant hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to do as follows: to produce 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 attainment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.

- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी घोषणा को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित करें। उसे "कोशिका" एवम् उसके नाम, पता तथा मेरे उद्देश्य से दूसरी पहचानियाँ और उपलब्धियों को प्रेषित करने के लिए प्रयोग करे। मेरी फोटो का प्रयोग भी इस प्रकार से करने का अधिकार होगा। मेरी फोटो का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व उसकी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य से प्रेषित है मुझे भविष्य में स्थापना का अधिकार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण):**

- By affixing hospital signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation we (Hospital) hereby affirm & accept, following:
- 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.
  - The assistance from Koshika Foundation is of a financial 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की सहायता से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के लिए मदद माँगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमारा हस्ताक्षर करने के लिए हमें किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रश्न में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से माँगा या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्तगत दवायों से नई प्रस्ताव या क्लेम को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रदान करने का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उचित दवायों और अन्य सहायता की सारी ज़िम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. ARUNSHUK HANU (रिप्रेजेंटेटिव के लिए संस्तुति)

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख  15/10/20	REGN No-0318857 Sign... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	[Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital] नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ती हस्ताक्षर 2