


Sakila

SRE-L-20-03-0415

<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : <b>C10320/0525</b>		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि <b>13.03.2020</b>		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम <b>Sakila</b>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <b>61</b>	SEX लिंग <b>F</b>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम <b>Gulfaran</b>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता <b>Village Hunda near Singh P. Baharigawa Chutambhari Sahasrabudhi Station Pradaha 247662</b>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता <b>As above</b>				
OCCUPATION : व्यवसाय <b>House Maekay</b>			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/>	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय <b>25,000</b>			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <b>NA</b>	
PAN No. स्थायी खाता संख्या <b>NA</b>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes/No हाँ/नहीं <input checked="" type="radio"/>				
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)	Furkan	30	M	Son
(2)	Irfan	27	M	Son
(3)	Abirwan	28	F	Daughter in law
(4)	Ahraf	23	F	Daughter in law
(5)	Ashraf	08	F	Grand Daughter
(6)	Manshit	07	M	Grand Son
(7)	Ahraf	05	M	Grand Son
(8)	Rabeena	06	F	Grand Daughter
(9)	Ahraf	05	M	Grand Son
(10)	Ashraf	03	F	Grand Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
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			
(1)	Diagnosis - RE - MLC LE - PCIOL			
(2)	Surgery - RE - SICS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
(1)	SCEH			



Preop Postop  
0525 Sakila

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रकरण 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) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उद्यो उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परत गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आर्थिक या वकालत हिसाब किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)**

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् 'व्यवस्थापकों', दान, धारणा/या दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" व 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

LT  
self (  )

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)**

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

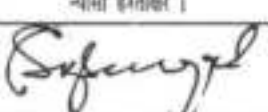
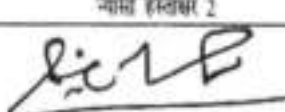
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, वित्ते हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन आर्थिक/वकालत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसतत किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसतत ट्रीटीय परर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमसतत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसतत के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिए हमसतत ने रोगी के इलाज सुझा और अपने कानों को सही विनियमन रोगी एवं हमसतत को होगी और "कॉशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13/03/2020</p>	<p>DR. SEEMAL GOYAL M.B.B.S. (ENT) DMC-817 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>VIVEK R. JAIN Administrator Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यवस्थापक 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यवस्थापक 2</p> <p></p>
---	--