

20-3-5039

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation

APPLICATION No: A/0320/0947 APPLICATION DATE: 03-03-2020
 आवेदन संख्या: A/0320/0947 आवेदन तिथि: 03-03-2020

NAME of APPLICANT: Ratna Devi AGE-YEARS: 68 SEX: F
 आवेदक का नाम: Ratna Devi आयु-वर्ष: 68 लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kailash
 पिता/सहोदर का नाम: Kailash

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: VIII - Gunta, Teh - Bamber, Dist - Alwar, Rajasthan - 301402
 वर्तमान आवासीय पता: VIII - Gunta, Teh - Bamber, Dist - Alwar, Rajasthan - 301402

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above
 स्थाई आवासीय पता: As Above



OCCUPATION: House maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय: House maker

TOTAL ANNUAL INCOME: 47000/- (Attach Proof of Income) NA
 कुल वार्षिक आय: 47000/- (आय का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. NA
 स्थाई खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): हाँ / नहीं

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
<u>1</u>	<u>Kailash</u>	<u>67</u>	<u>M</u>	<u>husband</u>
<u>2</u>	<u>Mushe Babu</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>son</u>
<u>3</u>	<u>Govi Sahay</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

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

Medical Reports/Prescriptions Attached
 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
<u>(1)</u>	<u>Diagnosis - RE - PP, IF - MSC</u>
<u>(2)</u>	<u>Surgery - LF - SICS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता राशि
<u>(1)</u>	<u>SCHE</u>	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषण):

- 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.
 - 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- (1) मैं घोषण 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) मैं द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
 (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रबंधन नहीं करूँगा, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ली जाय और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 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.
 - 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् न्यासीय, दान, पाठ्य/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
 (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिष्ठित है, उसके द्वारा सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

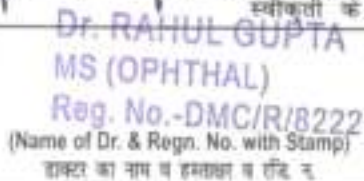
अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 R.T. Rastogi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
 - 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 जाये कि हम वर्तमान/भविष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश नहीं करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साझा संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जाये या ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वीकार किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असफल/नहीं मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इलाज खर्च उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी साझा संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जलने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार के लिए संस्तुति

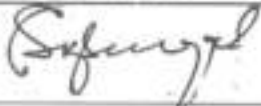
 **Dr. RAHUL GUPTA**
MS (OPHTHAL)
Reg. No.-DMC/R/8222
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील न

 **L. MASSEY**
Administrator
Dr. Shroffs Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
04/03/2019

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

