


C20-3-0095

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				
APPLICATION No. आवेदन संख्या:	A/0220/0953	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	04-03-2020	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Nattha Ram	AGE-YEARS आयु-वर्ष	75	
		SEX लिंग	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्तुका का नाम	Nanda Ram			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान आवासीय पता				
Vill - Manchu Teh - Bamalsh				
Dist - Alwar Rajasthan - 304002				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी आवासीय पता		Part of 0953		
As Above		part of Nattha Ram		
OCCUPATION व्यवसाय	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	4 lacs	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत 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 मान्य हो उस पर सही का चिह्नान लगाएं)		Yes / No हां / 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
4)	Rakesh	34	M	Son
5)	Sanjay	30	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी 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 सबूत	
"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 - MSC - LE - MSC			
(2)	surgery - LE - STCS + 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 नी गई सहायता राशि		
(1)	SCEH			

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक द्वारा घोषणा पत्र):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फ़ॉर्म 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 रिक्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बिमा कंपनी से, जिसके लिये मैं इस सहायता के लिए आ रहा हूँ, का पूरा या आंशिक रूप से भुगतान नहीं करूँगा।

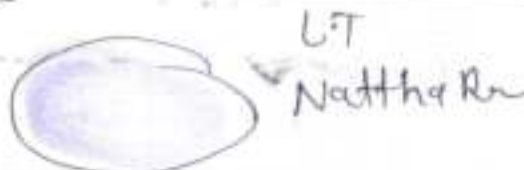
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करार)

- 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 फ़ॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फ़ॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, या अन्य/या दूसरे उद्देश्य से मुझे लक्षित/विधायक और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे इच्छा के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व अन्य अधिकृत हैं।
 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स इसके अधिकारों का निर्वाह करेगा और आवश्यकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

LT
Natthar Rn



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:

- 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ का और से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से विधायक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधायक सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/या पूरा नहीं होने तक, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन के अन्तर्गत "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/अधिकृत/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उसका पूरा/या पूरा नहीं किया जायेगा।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उन्हीं पर हस्पताल द्वारा ही कोई सहायता या किराने के उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीमा का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार की सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जान बूझ कर की सही विनियमन लेने एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 05/03/2028

Dr. RAHUL GUPTA
MS (OPHTHAL)
Reg. No.-DMC/R/8222
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इजाजा व रजि. नं.

MASSEY
Administrator
Dr. Siroffs Eye Hospital, Alwar
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]