

SRE-C-26-03-0612

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION NO.: S/0326/0988		APPLICATION DATE: 12/3/16		
NAME OF APPLICANT: Mr. Ramsingh		AGE-YEARS: 62		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Nakal Ram		SEX: M		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Damkadi, Sahasranagar, Haldwari, Uttarakhand, India		PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Ramsingh (0988)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: same as above				
OCCUPATION: Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 50,000		(Attach Proof of Income) NA		
PAN No.: NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / 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 आवेदन के साथ सम्बंध
1	Pankaj	48	M	Son
2	Pinkish	45	M	Son
3	Akash	19	M	Daughter in law
4	Monu	15	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सही/गलत से चयन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
Diagnosis- RE- Senile Cataract LE- Senile Cataract				
Surgery- LE- SRCS with PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 suspension/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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाण देता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्यत्र से या भविष्य में किसी भी प्रकार का प्रतिपूर्ति या भुगतान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/produce/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/ventures. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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.
- इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का अंगुठा लगाकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा यादों, घर, सामान्य या अन्य उद्देश्य से जुड़े व्यक्ति/व्यक्तियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार साधन को प्रसारित करने में प्रयुक्त किया जा सके। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज की प्रगति या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, प्रयोक्ता: सहायता या इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य "कोशिका" के लिए अधिकृत और सम्भाला होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का अंगुठा

 P. Self

BY AFFIXING MY SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION ON THIS FORM, I (APPLICANT) HEREBY AGREE & AUTHORISE KOSHIKA FOUNDATION AND ITS TRUSTEES TO

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & accept following:
- I (Hospital) hereby affirm & accept following:
- I (Hospital) 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.
- 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 all & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this regard.
- हम (हस्पताल) यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से लागू व स्वीकार करते हैं।
- हम (हस्पताल) यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलित सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त उद्देश्य/उद्देश्य से नहीं ली जा रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलित सहायता को ही अपना स्रोत माना है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं की जा रही है। इस प्रकार हम घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलित सहायता को ही अपना स्रोत माना है।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के लिये गये उपचार/उद्देश्य का चुनाव हमारे ही हाथ में है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में दी गई सहायता सुख और अन्य बातों की दृष्टि से नहीं एवं हस्पताल की दृष्टि से ही "कोशिका" को कोई सुझाव या विनम्रता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/3/26	Dr. NEHA DMC No. 58989 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. एवं छाप	(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 नाम 1 हस्ताक्षर 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 
--	---