

VRN- C-20-01-1324

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



APPLICATION NO. / आवेदन संख्या: V/0320/1224
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 02/03/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Navrangji
 AGE-YEARS / आयु वर्ष: 82
 SEX / लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: Sunay pal



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Palga, Palga

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: D881-Bharwadpur, Rajasthan 381201

Same as Above

Pratap Pratap
 (1224) Navrangji

OCCUPATION / व्यवसाय: Homemaker
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 24000/-
 (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रमाण): NA

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता हैं। (जो पान नो उस क सही का चिह्न लगाये):
 Yes / No / हाँ / नही

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	Ujjay Singh	late	M	Husband
2	Anilad	49	M	Son
3	Ramprati	45	F	Daughter in Law
4	Rupendras	13	M	Grand Son
5	Manoj	10	M	Grand Son
6	Pekha	09	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
 सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार के लाभ के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (उपभोग पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विवेक का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/युक्त प्रमाण
	RE - Glaucoma Cataract
	LE - Total Cataract
	Surgery - (RE) SECURE

ASSISTANCE BEING AVAILED (or SAME PURPOSE) from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है:

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ले गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 1) I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my application & ensuing assistance inoperative & voidable at the discretion of the trustee.
 - 2) I solemnly declare that any financial 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 any form, from any other source (employer/insurance company, of the amount, for which the assistance is requested).
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अस्वीकार्य माना जाये तो मेरे अर्शक निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता कराया है।
 - 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक या भविष्य में कभी किसी अन्य स्रोत (रोजगार/बिमा कंपनी) से मदद मांगी है और मैं भी भविष्य में नहीं।

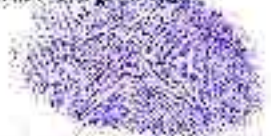
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करें)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to 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 conditions for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. 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.

2) (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 be a condition or a pre-condition for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will reside solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इम्प्रेसन या हस्ताक्षर करके (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बा विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एम्बुल्स, दवा, यंत्रण/या दूसरे उद्देश्य में तुम्हीं प्रतिबन्धित और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में यहाँ उल्लिखित है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि अर्शक के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वयं, स्वास्थ्य का इलाज नहीं करता। इस माध्यम में "कोशिका" एम्बुल्स, दवा, यंत्रण, और बा विवरण को प्रसारित करने की अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION ;
अर्शक के इम्प्रेसन या बाईं हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करें)

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:

- 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This condition is essential as it states that the Hospital will not accept 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 course 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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की जाये से अनुमति देती है "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए मांगेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/केसि उक्त में सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अधिकृत/कम हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्वीकार्य किसी अन्य स्रोत/संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कराया गया है कि अस्वीकार्य हेतु मन्तव्य हेतु किसी भी सहायता हेतु या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद/सहायता वित्त प्रदान की जाती है, वेनी न हस्ताक्षर द्वारा ही यह मदद या वित्त नई उपचार/प्रक्रिया को मुक्त करे एवं हस्ताक्षर या बायें हाथ का निशान है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी रोगी का कोई खर्च नहीं है। इलाज/उपचार में रोगी के इलाज सुख और अन्य बातों को सही विचार/विचारों को लेनी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या विचार/उपचार नहीं करनी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
MCI No. 09-35572 स्वीकृति के लिए सन्तुष्टि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
02/03/20

Signature
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाजक व रजि. नं.

Signature
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम: हस्ताक्षर 2