

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: v10320/1230 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 02-03-20

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

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रुप का नाम: Wainda Lal



Preop Postop
(1230) Sobhoti

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वास्तु आवसथ पता: ngaria Samahad, RUMAH

Samahad, Distt-Bharatpur, Rajasthan, 321404

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवसथ पता: Same as Above

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 20000/- (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / स्थाई खाता संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर शर्ही का चिहान लगाये): Yes / No No

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	<u>Mirchi</u>	<u>70</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Malayam Singh</u>	<u>39</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Manju</u>	<u>38</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>
4	<u>Laxman</u>	<u>14</u>	<u>F</u>	<u>Grand Daughter</u>
5	<u>Ramesh</u>	<u>12</u>	<u>M</u>	<u>Grand Son</u>
6	<u>Nehru</u>	<u>08</u>	<u>M</u>	<u> </u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि आधार:

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रखा के तीन प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन चुकी संलग्न
	<u>RE- IMSC</u>
	<u>LE- IMSC</u>
	<u>SUSPECTED - (LE) SPECTRAL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियों अन्य स्रोत से किया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो गई सहायता राशी
1	<u>SCFH</u>	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/ cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose(s) as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby declare 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण सही व सत्य हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन सहायता प्राप्त करने में देरी, अस्वीकृत किया जाने सकता है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त करने के लिए किया है, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग करने का प्रस्ताव है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस सहायता को पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- By affixing the signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to disseminate/propagate 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 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.
- 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 applying for the said assistance. This 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 प्रारूप में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता के लिए प्रस्तुत किए गए "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में घोषित है और "कोशिका" एवम् उसके नाम, पता, पता, चित्र आदि उद्देश्य से पूर्णतः उपयोग और जानकारी के लिए किसी भी प्रमाण माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रारूप का उपयोग करने वालों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या उसके अधिकृत हैं।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, मुझे स्वयं सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

- By affixing hereunder's signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we do not have any possibility 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 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 medical & health expenses are advised/condoned by the Hospital or the patient, as based on the arrangement between the patient & the Hospital, and its 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 this matter.
 - हमारे अधिकृत, एकात्मिक की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से विवेक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विशेष रूप (अस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 - यह कि हमें न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवेक सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रमाणित उक्त रोगी के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रारूप में हमें उक्त बात है कि अस्पताल विशेष प्रदान उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं कर सकते।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा कोई भी सहायता या चिकित्सा उपकरण/प्रक्रिया का शुल्क नहीं प्राप्त होगा। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई शुल्क नहीं है। प्रदान करने पर रोगी के इस्तेमाल सुरक्षा और अन्य सहायता के बारे में हमें कोई भी भरोसा नहीं है। "कोशिका" को कोई भी भरोसा या जिम्मेदारता इस प्रारूप में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. ABHISHEK HANU
MCI No. 99 35572

Signature
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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



Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 02-03-20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 आसी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 दूसरे हस्ताक्षर 2