

VRN-C-20-03-0063



Creating Lives with Hope

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO / आवेदन संख्या: V/0320/1239 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 03-03-20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Sohan Lal AGE YEARS / आयु वर्ष: 75 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कथुप का नाम: Shobha Ram



Preop Postop
(1239) Sohan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान आवास पता: Jantar Mahalls, Nam, Nam
DISTRICT - Bhametpur, Rajasthan, 321642
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी आवास पता: Same as Above

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: ₹2500/- (Attach Proof of income / आय का सबूत संलग्न): NA

PAN No. / पैन संख्या: [Blank] ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No: No

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
1	Shobha	48	F	Wife
2	Bhaskar	45	M	Son
3	Sahilam	42	M	Son
4	Manika	41	F	Daughter in law
5	Kavita	40	F	" " "
6	Rohit	20	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रकबा के तहत प्रत्यापन पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किए गए विनंती का उद्देश्य:

Sr No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/सही सूची संलग्न
	RE - Total Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) Eyes + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता कितने अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr No / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / ली गई सहायता राशि
1	SCCM	

DECLARATION by APPLICANT (अर्क्षक द्वारा किया गया)

- 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 liable to be discontinued.
- I solemnly affirm that assistance (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 confirm that I have not & will not in future avail of reimbursement, in addition to, from any other government/proxy/insurance company of the amount for which this assistance is received.
- मेरे द्वारा कला है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई क्लियर एवं कृपम असत्य प्रत्य वास्तु है तो मेरे लगाव निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", के लिए की जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा। जो इस प्रश्न में पर किया है।
- मेरे द्वारा कला है कि मैंने अब तक, इस पर, प्रत्येक को प्राप्त है, इस प्रश्न का अधिक या नकल किसी किसी अन्य सहायता/विकास/अवसी से न ले लिया है और न ही भविष्य में दूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्क्षक द्वारा किया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form (Application), hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/employ/republish 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- I (Applicant) do not agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted will be automatically entitling 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 द्वारा मैं सच इसका पर अंतर्गत में सच सकार, मैं (अर्क्षक) अपनी प्रार्थना की पूर्ति करता हूँ जो "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस रूप में प्रेषित है जो "कोशिका" एवं न्यायियों, सच, सचकार द्वारा उद्देश्य से मुझे परिचितियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण जो इसका के पहले या बाद में कल के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायियों सचकार है।
- मैं (अर्क्षक) इस बात में अक्षम हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

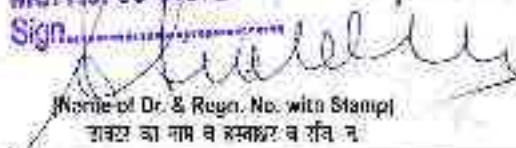
अर्क्षक के हस्ताक्षर या बायें की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the 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, in the event that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This condition is essentialy 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - इसके अधिकृत, हस्ताक्षरों को आगे में सहायताओं को "कोशिका फाउन्डेशन" से विवेक सहायता हेतु सिफरिय की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।
 - जो कि मैंने सचकार और बायें छाप में विवेक सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सच से उक्त रोगी/सहायता में सच व सच करे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिय/निम्नलिखित उक्त जो सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सच हेतु कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफरिय अधिकृत/सचकार हेतु सचकार को किया जाता है तो असत्यता किसे अन्य भी सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित करना है, इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफरिय सच उक्त रोगी/सहायता हेतु किसे भी सहायता सचकार या किसी अन्य सच से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता प्रेषित क्लियर प्रकृति की है। सच व हस्ताक्षर द्वारा जो मैं स्पष्ट व क्लियर सच सचकार/प्रक्रिया का सुचन रोगी एवं सहायता को सच व सचकार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसे प्रकार का कोई सचकार नहीं है। उदाहरण सहायता में रोगी को सहायता दुरुस्त और आने जाने की सच सिफरिय रोगी एवं सहायता की सच और "कोशिका" जो कोई सचकार या सिफरिय हेतु सहायता में नहीं होगा।

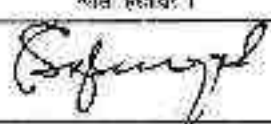
Dr. ASHISH HANDRA RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
MCI No: 00-35572
स्वीकारों के लिए संस्तुति

Sign: 
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.


Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
शस्त्रोपचार का तिथि
04/07/20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
बायें हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
बायें हस्ताक्षर 2
