


VRN-C-20-03-0066

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)   |   | Koshika<br>Foundation  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप<br>(स्वास्थ्य देखभाल)   |   | Aiding Body of IIL   |  |   |
| APPLICATION No.<br>आवेदन संख्या   | V/0320/1244   | APPLICATION DATE<br>आवेदन दिनांक   | 04/03/20                                     |   |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम  | Kela  | AGE-YEARS आयु वर्ष   | 62   |   |
| FATHER/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/सहस्रकर्म का नाम  | Roshan  | SEX लिंग   | F  |   |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  |   |       |  |   |
| H.No. 74, Vill. Lakhwale, Teh. Nadiya   |   |  |  |   |
| Distt - Bhadrakpur, Rajasthan 321642  |   |  |  |   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता   |   | Preop Postop<br>(1244) Kela  |  |   |
| Same as Above   |   |  |  |   |
| OCCUPATION:<br>व्यवसाय  | Home Maker  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)   |  |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME<br>कुल वार्षिक आय   | 20000/-   | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)                                       | NA   |   |
| PAN No. आई सी टी नंबर   |   |  |  |   |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)<br>क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उसे पर कहीं का निशान लगायें)     |   | Yes / No<br>हां / नहीं   |  |   |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण   |   |  |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम   | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)   | Gender<br>लिंग                               | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
| 1   | Kamraj  | 74   | M  | Husband   |
| 2   | Mansukh   | 30   | M  | Son   |
| 3   | Harpal Singh  | 28   | F  | Daughter in Law                                 |
| 4   | Balraj  | 08   | F  | Grand Daughter                                  |
| 5   | Pravash   | 06   | M  | Grand Son                                       |
| 6   | Baby  | 02   | M  |   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनति आधार  |   |  |  |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)                           | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |   |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:   |   |  |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>-रिपोर्ट/दवाखुरा से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न                      |  |  |   |
|   | RE - Corneal Cataract   |  |  |   |
|   | LE - Corneal Cataract   |  |  |   |
|   | Surgery - @ SICS + IOL  |  |  |   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिया गया है? |   |  |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि                                  |  |   |
| 1   | SCFH  |  |  |   |

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा योग्य प्रश्न):**

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & all corresponding assistance liable for rejection/ cancellation.
  - I solemnly certify 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 full, from any other source/ employer/ insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सच व सही हैं। यदि कोई निरवयव एवं झूठा/असत्य जवाब दिया जाता है तो सभी सहायता मिलाना की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन" से मिली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता से एक उद्देश्य की पूर्ति नहीं कर रहा हूँ, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य अंतर्निवारक/सोम कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा करार):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/ 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 or electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its noble/charitable activities. 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 cause me any liability 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) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपने पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण जो इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यायी, दान, सहायता/या इस उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिये अधिकृत है। मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये विवरण सच व सही हैं।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वयं सहायता का प्रकार नहीं बताता- इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यायीयों का विचार अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):**

- By affixing hereunder signature of an Authorised Signatory for recommending this candidate 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 in full, then the Hospital reserves the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation/assurance 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. In the course of the treatment/procedure/surgery conducted by the Hospital on the patient, as 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से गारंटी/संगठन को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से 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 वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमें या किसी अन्य व्यक्ति से उसी रोगी/रोगीयों से लेनी या लेनी है। जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने का अर्थ है "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया गया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने अस्वीकार/सफल हो पकूरा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान किये गये सहायता से लेनी/पाने की जिम्मेदारी हस्पताल या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगी/सोनी।
  - 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेनी/पाने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/उपचार के दौरान/प्रक्रिया का सुचारु रूप से अस्पताल में ही होना का विचार है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हस्ताक्षर/हस्ताक्षर में रोगी के उपचार सुरक्षित और अपने जाने की सभी ज़रूरतों पूर्ण हैं। हस्ताक्षर को देनी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं देनी।

**Dr. ABHISHEK HARTI** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 MC/No. 09-35572  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Signature: *[Handwritten Signature]*  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व इलाका व पता न



Date of Surgery  
 अर्थक की तारीख  
 04/03/20

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्निवारक उपयोग हेतु):**

|  |  |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी हस्ताक्षर 2 |
| <i>[Handwritten Signature]</i>               | <i>[Handwritten Signature]</i>               |