

VRN-C-20-03-0297

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No / आवेदन संख्या : **V/0320/1250**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **06/02/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **Shyamwadi**

AGE-YEARS आयु वर्ष : **62**

SEX लिंग : **F**

FATHER & SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : **Sitarani**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Ajara, Ajara, Ajara, Bhadrapur

DISHA-Bhadrakpur-Rajasthan, 321303

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्था. आवासीय पता

Same as Above



**Preop Postop
(1250) Shyamwadi**

OCCUPATION / व्यवसाय : **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **19500/-**

(Attach Proof of income) / (आय का सबूत संलग्न) : **NA**

PAN No. / स्था. कर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर भुगतान करने वाले हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No / हां / 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 / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ranjana Singh	65	M	Husband
2	Deepak	34	M	Son
3	Preethi	32	F	Daughter in law
4	Reema	29	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE / Tick whichever is applicable / सहायता के लिये कितने आधार

BPL Card / (Attach Copy) / पोषण योजना के तहत प्रत्यायन पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate / (Attach Certificate Copy) / अन्य आय नहीं प्रत्यायन पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card / (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य-

Sr No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया पूर्ण फॉर्म
	RE- Senile Cataract
	LE- Senile Cataract
	Surgery (L) SLCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लेने में सहायता मिली
1	BLUH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा वाक्य):

1. 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 rejection/cancellation.
 2. I explicitly 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.
 3. I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or reimburse, in part or in full, from any other source/receive or over-insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सत्य कथन असत्य मध्य भ्रम है तो मेरी लापरवाही केल से हो सकती है।
 - 2) मैं इस बात का वाक्य करते "कोशिका फाउंडेशन", से मैंने सहायता ली, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा जो इस प्रश्न में पता पड़ रहा है।
 - 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि कितना लापरवाही पर प्रश्न में नहीं है, उस प्राप्ति के अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य प्राप्ति-निवेदनकर्ताओं कम्पनी से न ले लेंगे और न ही सहायता ले लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा वाक्य):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/out-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 its activities/events. 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) 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.
- 1) इस बात पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के दायाँ छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस उद्देश्य में प्रयोग है जो उक्त उद्देश्य में प्रयोग करने के लिए प्रेषित है। उसे "कोशिका" प्रथम, मासिक, मास, यात्रा-यात्रा प्रथम उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से उपस्थित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे प्रश्न में पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है।
 - 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पुष्ट करने, सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनना। इस संबंध में "कोशिका" प्रथम, मासिक, मासिक, यात्रा-यात्रा प्रथम उद्देश्य का विवरण भी सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वाक्य):

- 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 continuation essentially states that the Hospital will not bear any separate 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 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.
- हस्ताक्षर अधिकृत हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस रूप (हस्ताक्षर) निम्न प्रश्न में पता व स्थानक दर्शाते हैं।
- 1) वह कि हमें कल्पना में न हो प्रविष्ट में वित्तीय सहायता किसी भी आरक्षक सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिनट अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्तव्य नहीं किया गया है तो अस्वस्थ किसी अन्य कि सहायता सहायता किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रश्न में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी भी आरक्षक सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मैंने सहायता सहायता सिफारिश प्रकृत को है। मेरी पर हस्ताक्षर प्रश्न में कि सहायता कि किये गये उद्देश्य/प्रक्रिया का सुझाव नहीं है। हस्ताक्षर का बोध का विषय है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का सहायता नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित रखे जाने वाले को सही विवरण में, मेरे हस्ताक्षर की रोगी और "कोशिका" को सही सूचना या जानकारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. ABHISHEK HANDE RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
MCI No. 09 35572 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Signature

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

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



Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि
06/03/20

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2