

VAN - 2-20-03-0283



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

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/0320/1252** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **06/03/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Ramkumar Gupta** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **55** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कथुप का नाम: **Haji Lal Gupta**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Nizam ud Daula, Ghazipur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **Disha-Bhadracharya-Rajasthan, 321001**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **Same as Above**



Preop Postop
(1252) Ramkumar Gupta

OCCUPATION / व्यवसाय: **Shopkeeper** MARRIED / UNMARRIED (विवाहित / अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **25000/-** (Attach Proof of Income) / आय का सबूत संलग्न: **NA**

PAN No. / पान संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो पत्र ही उपर पर सही का चिह्न लगाएँ): Yes / No (हाँ / 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 संबंध
1	Ramesh	51	F	Wife
2	Vishal	23	M	Son
3	Rakesh	21	M	Son
4	Seema	19	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए चिह्नित आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रखा के नीचे आता है (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु लिये गये चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल-रिपोर्ट व जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Same Cataract
	LE - Same Cataract
	Surgery - (LE) CATARACT + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / सी. नं. सहायता पंजी
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: मैंने इस बात का घोषणा किया है:

- 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 & my group assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly 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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which I am requesting assistance.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अन्य असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि 'कोशिका फाउन्डेशन' से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्णतः लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो निधि ले रहा हूँ और न ही ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति इस प्रकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish, in any mode, my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal and 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.
- 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 प्रस्ताव पर अपना हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रस्ताव में उल्लेख है, उसे "कोशिका" समूह द्वारा, धन, सामग्री/सहायता प्राप्त उद्देश्य से कुछ गोपनीयता और दफ्तरीयता के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने से निरुद्ध प्रेषित है। जो इस का प्रकाश मेरे इलाके के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व उसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रार्थना के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस प्रस्ताव में "कोशिका" समूह उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थात्क के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (अनुमति इस प्रकार):

- 1) By affixing hereunder, a signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 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.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/undertaken by the Hospital on the patient, is based on the exigence of the patient & the Hospital, and is not to be 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.

- इसमें अंगुष्ठ, प्रस्तावकों को और मे पावतंत्रता को "कोशिका फाउन्डेशन" से निधि सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किसे हम (हस्पताल) निधि उकट में प्राप्त न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी दाकाता प्रस्ताव न किसी अन्य स्रोत से उक्त सहायता प्राप्त में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निधि अधिभूत/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से प्राप्त होना का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता निधि मदद तक सहायता हेतु किसी भी दाकाता प्रस्ताव को किसी अन्य सहायता से प्राप्त नालायेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त निधि प्रदान करेगी, उसी का हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता का निधि एवं सहायता का सुनिश्चित एवं हस्ताक्षर के साथ का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में करने के हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने को जारी सिफारिश, जैसे कि हस्ताक्षर को जारी और "कोशिका" के द्वारा भुविगत या निधि/सहायता हेतु मदद में जारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDE
 MCI No.-39-35572
 Sign *(Signature)*
 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नयी हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>