

VAN-C-20-03-0303

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/0320/1261
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 06/03/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mathari Devi
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 66
SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कथुप का नाम: Nathu Singh



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता

Vill. Anaha, Post: Sevay, Bhansatpura

DISE - Bhansatpura, Rajasthan, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता

Same as Above

Preop Postop
(1261) Mathari Devi

OCCUPATION / व्यवसाय: House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 25000/-

(Attach Proof of Income) / आय का साक्ष्य संलग्न: NA

PAN No. / आय का पत्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगायें)
Yes / हाँ / No / नहीं

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 | Shahab Singh | late | M | Husband |
| 2 | Mukesh Singh | 40 | M | Son |
| 3 | Urmila | 38 | F | Daughter in law |
| 4 | Deepu | 37 | M | Son |
| 5 | Shabhi | 34 | F | Daughter in law |
| 6 | Ramendra | 30 | M | Son |

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

| | | | |
|--|---|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रक्षा के तौर पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जमा करना) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया जमा करना) | Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया जमा करना) | Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य |
|--|---|---|--|

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

| Sr No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / प्रत्यक्ष/आधिकारिक स. नामों की गई प्रमाणित सूची संलग्न |
|----------------------|---|
| | RE - Senile Cataract |
| | R.E - Senile Cataract |
| | Surgery - (RE) STCS + IOL |

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

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लेई गई सहायता राशी |
|-----------------------|--|---|
| 1 | SCEM | |

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र):

- 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, if any, liable for suspension/revocation.
- I solemnly declare 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 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 I am assistance is requested.
- मेरी घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सच एवं सही हैं। यदि कोई विकृत एवं कथम अथवा गलत जानकारी दी जायेगी या सत्यता सिद्ध की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी राशि है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य के पूर्ण से लेया किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में ज्ञात तथा है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु अब या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो निशाना है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार):

- By affixing my signature on the information on this Form (Application), hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/submit/submit 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 also hereby 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 regarding such use of my name, address, photo & details concerning 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 दस्तावेज पर अपना हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी किया जायेगा, जिसका उपयोग इस उद्देश्य से कुछ विचारधाराओं और उपलब्धियों के लिये किया जायेगा या सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त की गई राशि का उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण से लेया किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में ज्ञात तथा है।
- मैं (अर्शक) स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिये घोषणा में शामिल है, उसका उपयोग "कोशिका" द्वारा किया जायेगा, जो कि "कोशिका" द्वारा जारी किया जायेगा, जो कि "कोशिका" द्वारा जारी किया जायेगा, जो कि "कोशिका" द्वारा जारी किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार):

- By affixing hereunder signature of an Authorized Signatory for recommending this 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, 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 a right to make up the amount from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not seek 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 choice of the treatment/procedure advised/decided 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 bear a sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - हमने अधिकृत हस्ताक्षरों को अंगुठी का छाप लगाकर "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
 - यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या सहायता के लिये ले रहे हैं। जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के लिये या सहायता के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकते हैं। इस प्रत्येक में ज्ञात तथा है कि सहायता सिर्फ वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
 - "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय सहायता की है, उसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण से लेया किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में ज्ञात तथा है।

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No. 09-36572

Sign: *[Handwritten Signature]*
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

[Handwritten Signature]
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद द्वारा अधिकृत अधिकारी



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
01/03/2020

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
[Handwritten Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
[Handwritten Signature]