

C19/08/0076

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



APPLICATION No.: C10819/030 APPLICATION DATE: 5/08/2019  
 आवेदन संख्या: C10819/030 आवेदन तिथि: 5/08/2019

NAME of APPLICANT: Kala AGE-YEARS 77 SEX F  
 आवेदक का नाम: Kala आयु-वर्ष: 77 लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/O Punna  
 पिता/सहस्रपति का नाम: W/O Punna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill- Shimlaha Post- Shimlaha  
Tahsil- Kompan maharaj  
Distt- Sahawarpur Uttar Pradesh 247451  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: W/O Kala



Pre op Post op  
030 Kala

OCCUPATION: NA MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 55,000 (Attach Proof of Income) NA  
 वार्षिक आय: 55,000 (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
 PAN संख्या: NA क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं):  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 सम्बन्ध
(1)	Punna		M	Husband
(2)	Mahender		M	Son
(3)	Savinder		M	Son
(4)	B. Endra		M	Son
(5)	Bablu		M	Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
 सहायता के लिये विनियम आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RF - Pseudophakia LE - TMSC
(2)	Surgery - LF Temporal SICS + 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 ही गई सहायता राशि
(1)	SCEW	

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन):**

- 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 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 this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन करते हैं कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कथन किया है।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, उस राशि का अधिक या समान इन्सुरेंस कम्पनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हों, उसे "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य के लिये गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विज्ञापन की प्रवृत्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे कथन के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" को अधिकृत है। इस प्रकरण का निष्पत्ति मेरी सहमति पर निर्भर करेगा। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किये गये विवरण और सहायता को स्वीकार करने के लिये मैं सहमत हूँ।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

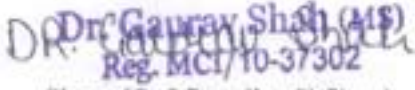
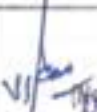
(R) 

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

- 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 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/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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मांग व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिये मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता न मिलेगी, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय स्वरूप में होगी और "कोशिका फाउण्डेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
  - 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई चिकित्सा के लिये उत्तरदायित्व का पूर्ण बोझ हमें रहना होगा और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किये गये प्रस्ताव का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज के लिये हमें अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी से निभाना होगा और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्पण का तिथि <b>05.08.2019</b>	 <b>DR. Dr. Gaurav Shah (MS)</b> Reg. MCI/10-37302 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तिथि, न.	 <b>VIVEK RANA</b> Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर अधिकारी
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक इस्तेमाल हेतु

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