

C19/09/0174



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13.09.2019	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C10919/0120		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग M
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Hukam			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम (Inbani)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Vill - Maughipur Sanjampur Part Mauha - Behat Distt - Saharsanpur Uttar Pradesh 247129			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता AS ABOVE			



Pre Op Post op
Hukam 0120

OCCUPATION : व्यवसाय Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) L
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 5000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) N/A
PAN No. स्थाई खाता संख्या N/A	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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 सम्बन्ध
01	Rohit Kumar	19	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - mal QAF LE - PCICL
(2)	Surgery - RE - 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 ली गई सहायता राशि
(1)	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 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 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य तथा झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
 2) मैं इस से सहायता दित "कोशिका फाउंडेशन", से ही ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब प्रार्थना की नहीं है, इस दवा या अतिरिक्त या सफल विराम किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्र, साप्ताहिक/दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" समूह उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

RBM self



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/दोनों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से ली जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रेषित नहीं की जाती/पूर्णतः हेतु लक्ष्य नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/निर्धारक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बनाया गया है कि सहायता वित्तीय प्रकार से प्रदान की जायेगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रारूप की गई सहायता का निर्णय गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव दोनो एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और जारी बाने की सभी जिम्मेदारियाँ दोनो एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

VIVEK RANA

Administrator

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

रतन रंजन हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12.09.2019

Dr. Gaurav Shah (MS)

DR. Gaurav Shah

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इच्छा व एच. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]