

C19/10/0259



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

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C.1101910215 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 15.10.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Raziya AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : W/O Mahjeer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
House No. 225, Neelam Khatola Sirsala Village, Khamgaon, Patil Taluk, Sahayapur, Otta, Pradip, 247340  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
as above



Pre op Post op  
Raziya 0215

OCCUPATION : व्यवसाय : House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 60,000 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रमाण) : NA

PAN No. एनएन आर संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर छड़ी का निशान लगाएं): Yes (हाँ) / No (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)	Mahjeer	70	m	husband
(2)	Mahjeer	34	m	son
(3)	Mahjeer	32	m	son
(4)	Mahjeer	28	m	son
(5)	Mahjeer	25	m	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 प्रमाण
--	--	--	---------------------------------------

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - H/D, SC, CP - PP
(2)	Surgery - RE - SC, H/D

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिए गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक छुट घोषणा कर:**

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो वेही सहायता मिलने की जा सकती है।  
 2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया करूँगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।  
 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक छुट कर)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्षी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नगरी, घर, कक्षा/पत्रादि द्वारा उद्देश्य से जुड़ी परिस्थितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी उपाय का विवरण भी इसका भी रहने या घर से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नगरी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दिये हैं पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोर्षी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल छुट कर)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन से किसी अन्य रोगी के उद्देश्य को पूरा करने के लिये मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार उपाय/उपायों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेना।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery उपचार का तिथि 15.10.2019	Dr. Gaurav Shrivastava Reg. MCI/10-37302 DR. Gaurav Shrivastava (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.	VIVEK RANA Administrator Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

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

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