

C19/10/0307



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

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **2/10/19/0227** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **16.10.2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Kusum** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **58** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रग्य का नाम: **W/o Ved Bakraish**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
**Village - Dullewala Post - Nabur
 Tahsil - Nabur Distt - Sahaypur
 Distt - Prithvi 247342**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
MS LABOUR

**Preop Postop
 Kusum 0227**

OCCUPATION / व्यवसाय: **House wife** MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **58,000** (Attach Proof of Income / (आय का प्रमाण संलग्न): **NA**

PAN No. / स्थायी खाता संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर छड़ी का चिह्न लगाएं): Yes (हाँ) / No (नहीं) No

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)	Ved Bakraish	62	M	Husband
(2)	Sampal	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विधि 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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE TMS CE TMS
(2)	Surgery - RE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु किये 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: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही 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 से साहसापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता की जा रही है, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह उद्देश्य को नहीं है, इस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 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 उद्देश्य पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को दबाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिये प्रयोग कर सकते हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दानों को एकत्रित करने के लिये किसी भी उपाय का प्रयोग करने के लिये अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे फॉर्म में पढ़ने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य के लिये प्रयोग करने का अधिकार नहीं है। सहायता का अंशदान नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

PH self


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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, हमारा प्रतिनिधि कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से प्राप्त न कर सकेंगे।


- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अलग हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा प्रतिनिधि अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने के लिए कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही नहीं सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

VIVEK RANA

Administrator
 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
16.10.2010

Dr. Monali Rathod (DNB)

 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिकट नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]