

VRN-C-19-12-0240

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/1219/0834
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 04/12/19
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sukhram Singh
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 73
 SEX लिंग: M



PASTE PHOTO HERE
 Rec of Postop
 (0834) Sukhram
 Singh

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramkhiladi
 पिता/कटुका का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता
Vill- Ludhiana, Sagari

Distt - Bhaerapuri, Rajasthan, 321001
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

same as above

OCCUPATION: Farmer
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 21000/-
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हां / 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	<u>Khagnan Devi</u>	<u>71</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Suresh</u>	<u>48</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Sashpal</u>	<u>46</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4	<u>Meera</u>	<u>43</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
5	<u>Kachha</u>	<u>41</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Medical Reports/Prescriptions Attached
 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>IG - IMSC</u>
	<u>Surgery - (RE) STCS + JOL</u>

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 सी गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>SCEH-</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापना करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त साहायता हेतु वह अवसर को नहीं है, उस राशि का नुकसान या सफल विस्तार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में होगा।

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अगली सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसेवाले" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कार्य और मेरे विवरण इस रूप में प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" द्वारा स्वयंसेवकों, दान, प्रायोजन, दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाके के पहले या बाद में मेरे के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यूनतम अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कार्य और विवरण जो कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रचारित हैं मुझे स्वतंत्रता प्रदान करने के लिये नहीं है। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके भरोसेवाले का निर्णय अंतिम और सन्तुष्टकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Handwritten Signature]
[Left Thumb Impression]

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 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रायोजक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय साहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय साहाय्य किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में से जो या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साहाय्य मिलने आसिद्ध/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी साहाय्य काबल विचार प्रकृत की है। रोगी पर उपस्थित द्वारा की गई चलाय या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुस्था और अन्य जने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कार्य प्रकृत या निर्णय हेतु इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>05/12/19</p>	<p>Dr. Priya Agrawal MBBS, MD, DNB, Ophthalmology Reg. No. [Signature]</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राक्षस का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>[Signature]</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नयाँ हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नयाँ हस्ताक्षर 2</p>
<p>[Signature]</p>	<p>[Signature]</p>