

VRN-C-19-12-0246

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/01219/0030

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 04/12/19

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Susija

AGE-YEARS आयु-वर्ष 63 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुना का नाम Mohan Singh



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village Madhoni

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Distt - Bharatpur, Rajasthan, 321026

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता same as above

PRSTC PHOTO HERE
Base of Post of (0838) Susija

OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker

MARRIED (नियमित) / UNMARRIED (नियमित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No 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 संबंध
1	Rajan	65	M	Husband
2	Shiv	39	M	Son
3	Ganesh	37	M	Son
4	Gulab	35	M	Son
5	Vanshi	33	F	Son
6	Mrunu	31	F	Daughter
7	Shaganti	29	F	Daughter
8	Satyavati	26	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 विनयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न
	RF - TMSC
	LG - TMSC
	Surgery (RE) S.I.C.S + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया जो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT (अवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 granted, 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 नहीं प्रकट होता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि, भविष्य में मैं या मेरी कंपनी को कोई भी अन्य सहायक/रोजगार/बीमा कंपनी से न जो कुछ भी मिले और न ही भविष्य में ऐसा करूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या छोटे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं; उसे "कोशिका" एकादमी, दान, प्रचारण के माध्यम से दूसरे उद्देश्यों से जुड़े विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण करने के लिये मेरे पैसे के लिये "कोशिका फाउंडेशन" पर निर्भरता अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से उद्देश्यों के लिये प्रसारित करने का अधिकार किसी भी प्रकार के माध्यम से "कोशिका" एकादमी न्यासीयों का अधिकार और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अवेदक के हस्ताक्षर या छोटे का निशान



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, हस्ताक्षरों को और से आपस/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निराकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संगठन से किसी अन्य रोगी से प्राप्त होगी/करने में लगे या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निराकरण नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायक संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के साथ यह भी कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद के लिए रोगी/रोगी के परिवार को किसी भी प्रकार से उत्तरदायी नहीं होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता के माध्यम से मिलेगी, उसे रोगी पर इस्तेमाल इसी उद्देश्य के लिये ही किया जाएगा जो इस प्रश्न में उल्लेखित है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इस्तेमाल करना और उसे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी पर रहती हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले 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 M.B.B.S. in Ophthalmology Reg. No. - 1172 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व.</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 अंतर्गत उपयोग हेतु

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