

VRN-C-19-12-0247

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/1219/0843

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 04/12/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Suki

AGE-YEARS आयु-वर्ष 56
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कन्या का नाम Mool Chand



Face of Post op

(0843) Suki

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Singhada

Distt - Bhanatpura, Rajasthan, 321410

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NA

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

PAN No. स्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर शुल्क देते हैं (जो मन्त्र हो उस पर सही का निशान लगायें) 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 सम्बन्ध
1	Omprakash	59	M	Husband
2	Lachho	33	M	Son
3	Barika	30	F	Daughter
4	Lalita	28	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्म के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"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
	RE - TMSC
	TE - TMSC
	Surgery - (LE) STGS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन दान गीतने 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 यथा कल हूँ कि इस प्रपन में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं दान गीतने पर गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता यथा "कोशिका फाउंडेशन", से ही का लूँ है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जायेगा, जो इस प्रपन में दान गीतने पर है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किम सहायता हेतु यह प्रपन को लूँ है, उस राशि का अर्पण या सकल दिवस किसी अन्य स्रोत/निर्माणा/बिमा कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान 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/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 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 प्रपन का अपने हस्ताक्षर या बाँधुने की छाप लगाकर, मैं (आवेदन) अपना सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बाँधुने इस प्रपन में शामिल है, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ., दान, सहायता दान उद्देश्य से सूची विविधियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपन का विवरण मेरे इलाज के प्रपन या दान में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदन) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से शामिल है उसे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एन.जी.ओ. न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाँधुने का निशान-



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और ये गारंटी/समझौता को "कोशिका फाउंडेशन" से निमित्त सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, निम्न इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करे है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लगे या ले जाँ है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/स्वीकार्यकत हेतु गन्तुर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय स्रोत उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किया है। सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लगे नई सहायता केवल निमित्त प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर इस को नई सहायता या निमित्त सहायता/उपचार का सुझाव रोगी पर हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझाव और अपने अपने की सही जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या विनिर्देश इस सम्बन्ध में नहीं देगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>05/12/19</p>	<p>स्वीकार्यता के लिए संस्था</p> <p>Dr. Priya M.S. Ophthalmology</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व नर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

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