

VRN-C-19-12-0254

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/1219/0848

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/12/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Munni Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 56 SEX लिंग F



FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुण का नाम Yadaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
Add - Nai Mandi Road No. 44

DIST - Bharatpur, Rajasthan, 321001
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

Some as above

Rec of fist of
 (0848) Munni
 Devi

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. सवाई खाता संख्या
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ) 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	<u>Mathura Prasad</u>	<u>59</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Gauram</u>	<u>31</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Kulma</u>	<u>29</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
4	<u>Mohit</u>	<u>21</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5	<u>Geeta</u>	<u>24</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोगता 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:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>LE - IMSC</u>
	<u>Surgery - (LE) STCSE JOL</u>

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	<u>SCFH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा एवं:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को वापस कर दिया जा सकता है।
- मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, उस रकम का अधिकतम या एकत्रित किया किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार पर अपने इनाम का आगे की सत्य जानकारी, मैं (आवेदक) अपनी छाप/छाया की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, प्राध्यापक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उच्च माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, उसे कभी-कभी सहायता का इलाज नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर उनके अधिकारों का निर्णय अंतिम और अधिकारपूर्ण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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 go 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.
 - 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 गगनलोकपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य में एकीकृत करते हैं।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी में ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/अन्य हेतु मन्तव्य नहीं किया जा रहा है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ली जायेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गैर-वित्तीय/वित्तीय का चुनाव लेना ही हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुलभ और जाने जाने का सभी विचार/सिफारिश ही ही हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई 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><i>[Signature]</i> Dr. Priya Agrawal M.S., M.D. Ophthalmology Regn. No. - 5011</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर 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>
--	--