

URN-0071

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of lifeAPPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/1219/0871APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 09/12/19NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Panchi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 50

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्न्य का नाम Bhajan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Bektanwali, Pichuna

Dist - Bhawaraj, Rajasthan, 321301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Pre op Post op
(0871) PanchiOCCUPATION :
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. स्वयं छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (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	Budha Ram	53	M	Husband
2	Rudheyskyan	29	M	Son
3	Chhote Lal	27	M	Son
4	Rajendra	25	M	Son
5	Ramesh	22	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सहीके रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र 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 - JMSC
	EE - MSC
	Surgery - (RE) STCS + JOL

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 ली गई सहायता राशी
1	SCET	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई क्लेमिंग एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताना है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निरा सहायता हेतु कदा प्रार्थना नहीं है, उस प्रतीक का आर्थिक या सहायता निरस्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ इस "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रकाशित है, उसे "कोशिका" समूह, न्यायोधी, दान, सहायता/चुकी उद्देश्य से चुकी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये क्लेमिंग या प्रचार प्रसारण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रारूप का विवरण मेरे इच्छित के फलतः या बाद में क्लेमिंग के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लाने अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है चुकी, सहायता का उपचार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह उनके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे 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, हस्ताक्षर को और मेरे प्राप्ति/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) वह कि न तो प्राप्ति और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, क्योंकि हम (हस्पताल) को सहायता के लिए प्रार्थना है, जो कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की जाती है, यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हम (हस्पताल) को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति में है और कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या निदान के उपचार/उपचार का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हित व सुरक्षा और जाने जाने कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/12/19

Dr. Priya Agrawal
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 59417
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोधी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोधी हस्ताक्षर 2

[Signature]