

VRN- C-20-01-0457



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/0120/1018 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 10-01-20

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Madhav Singh AGE-YEARS आयु-वर्ष: 69 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: Ratan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता: Surya City ke peech, Chandbani Nagla, Bachhramnoli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाय आवास का पता: DIST- BHARATPUR, RAJASTHAN, 321001

same as above



File of (2018) Madhav Singh

OCCUPATION: व्यवसाय: unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 201500 (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 लागू हो उस पर सही का चिह्न लगायें): Yes: हाँ / No: 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.	Wife	65	F	wife
2.	BITTU	40	F	daughter
3.	SHIVAM	37	M	son
4.	RAJEEV	32	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोपरी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वरुण 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 चिहनों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंध सूची संलग्न
	RE - I M S C
	IE - I M S C
	Surgery - (IE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE: अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED: जो गई सहायता रकम
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण पर:

- 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.
- 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, deal of reimbursement, in part or in full, from any other source/employed insurance company or the amount for which the assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लेम एवं कम्पन उत्पन्न किया जाता है तो उसे सहायता निदान की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने कश्मिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्रदत्त है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य सहायता/व्यय/अनुदान/व्यय/अनुदान/व्यय/अनुदान से न तो लाभ है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान प्रेषण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कश्मिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है उसे "कश्मिका" एवम् "व्यय", दान, वाचनादि दूसरे उद्देश्य से बड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कश्मिका फाउंडेशन" से लब्ध अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है प्रेषण कर: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रारूप में "कश्मिका" एवम् उसके व्ययों का निर्दिष्ट (लेखित और वाच्यकारी) होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन दान प्रेषण का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान प्रेषण)

- 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:
- that we neither are presently nor will in future deal 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.
 - 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 प्रत्यक्ष/व्यय को "कश्मिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कश्मिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तिय उक्त के सम्बन्ध में "कश्मिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषण हेतु किया है। यदि "कश्मिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/मूलतः हेतु प्रेषण नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि हस्ताक्षर हस्ताक्षर प्रेषण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कश्मिका फाउंडेशन" से लेने या ले सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है: लेने पर हस्ताक्षर दान प्रेषण या किन्हीं गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कश्मिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों को लेनी और "कश्मिका" की कोई भी जिम्मेदारियां प्रेषण करने में नहीं होंगी।

Dr. Ashwin Mittal
M.B.B.S., M.S Ophthalmology
Reg. No. - 50029



Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
11-01-20

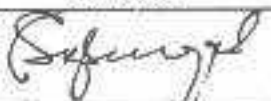
Time: _____ Date: _____

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

