

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 022010400  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 06-02-2020  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Galtani  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 56  
SEX: F



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Malhe  
पिता/कटुमा का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: लंदान आवास पता

Tajjergala Road, Village @ Chandernagore Post  
Bohar, Taluk @ Rajahmundry, Distt @ Sabarimalam  
Tamil Nadu, India - 521121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

As above

Preop Postop  
0400 Galtani

OCCUPATION: House Makey  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 56,000  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न) N/A

PAN No.: NA  
प्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दल हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लखें) Yes/No हा/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)	Malhe	60	M	Husband
(2)	Pavshant	27	M	Son
(3)	Akshay	24	M	Son
(4)	Sandeep	18	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  
सहायता हेतु किये गये चिन्हों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - PP LE - LMSC
(2)	Surgery - LE - SICU + IOL

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 सी गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 applicable, 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 सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा या सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेनी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस राशि का सचिक या भुक्तान हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर उत्तर देनाकर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों', पत्र, साप्ताहिक/पत्रिका जैसे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव या प्रचार के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के रहते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्तियों' अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है उसे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature: *Lot 3 ref*  
 Thumb impression:

**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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोर से सम्मिलित करी "कोशिका फाउन्डेशन" में विधिपूर्वक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में विधिपूर्वक सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेनी या लेने की है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिपूर्वक/मकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल शारीरिक मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार की कोई हस्तगत नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेनी जा रही सहायता प्राप्त और माने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**MOHD. RAMAN** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 MOHD. N.S. CENTRAL EYE HOSPITAL  
 एन.सी.सी. के लिए संस्तुति

**VIVEK RANA**  
 Administrator

Date of Surgery  
 अंगरेज की तारीख  
**06.02.2020**

**DR. RANDEEP KAPOOR**  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व इलाका व छिपना

**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नामी हस्ताक्षर 2