

SRE-G-20-02-0805

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



APPLICATION NO / आवेदन संख्या: **C1022010492** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19.02.2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Dheer Singh** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **73** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Manoharlal**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Umamukh Subhaini, Umamukh Sharma, Jabalpur, MP-481001 Prudhith 24777**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **IAS Jabalpur**



Preop Postop
0492 Dheer Singh

OCCUPATION / व्यवसाय: **Unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **60,000** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

PAN No. / स्पार्ड खाता संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr No / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
(1)	Anakali	65	F	Wife
(2)	Ishwari Singh	37	M	Son
(3)	Vinod	34	M	Son
(4)	Subhash	20	M	Son
(5)	Chandrapal	25	M	Son
(6)	Sunil	10	M	Grand Son
(7)	Munish	05	M	Grand Son
(8)	Anisha	02	F	Grand Daughter
(9)	Nisha	05	F	Grand Daughter
(10)	Anjali	03	F	Grand Daughter
(11)	Shru Kimali	02	M	Grand Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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
(1)	Diagnosis - RE - IMSC (Disc Suspected) LE - IMSC (Disc Suspected)
(2)	Surgery - LE - SIC1 +101

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 राशि
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 cost for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं उद्देश्य अथवा प्रयोजन गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो राशि ले सकूँगा और न ही राशि का उपयोग कर सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 its 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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके नामों, पता, पताका/पे द्वारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किन्हीं भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के खर्च या चार में कानों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature and thumb impression of the applicant.

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:
- 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 its 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 or 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी और हम भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता से इनकार नहीं कर सकते हैं, यदि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद व स्वीकार्य करते हैं।
 - यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावते में लाने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त कर दी जाती है तो हमें अपने आप से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में उल्लेख किया गया है कि सहायता के लिए हमें किसी भी प्रकार से मदद व स्वीकार्य नहीं कर सकते हैं।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तीय प्रयोजन के लिए ही उपयोग किया जाएगा। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इलाज/उपचार में रोगी के स्वस्थ सुरक्ष और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार से जिम्मेदारियों का भार नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>19.02.2020</p>	<p>Dr. Monali Rathod (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व.</p>	<p>VIVEK RANA Authorised Signatory Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रस्टी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Handwritten signature of Trustee 1.</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रस्टी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Handwritten signature of Trustee 2.</i></p>
---	---