


VRN-20-01-1425

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation B. 10th, Block - II,	
APPLICATION NO आवेदन संख्या: V10220/1128		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 01-09-20		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Sufedi		AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 72	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम: Tempal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Baran, Chhan, Baranuli, Chhan, Nadhai				
DISTRICT - Bhamatpur, Rajasthan, 321614				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: same as above				
OCCUPATION व्यवसाय: Home Maker			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 10000/-			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA	
PAN No. स्थान: खाली				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>				
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 सम्बन्ध
1	CHANDRA	68	M	Husband
2	Chandla	39	F	Daughter
3	Ardi	37	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेशा के नीचे प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विनोद का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - JMSC			
	LE - JMSC			
	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 राशि		
1	SCEH			



Pre of Post of  
(1128) Sufedi

**DECLARATION by APPLICANT (अर्सेक द्वारा कथन कर):**

- 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 also hereby 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 received by me.
- I hereby declare that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source (employee insurance company) of the amount in which this assistance is requested.

- मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रत्येक प्राप्त करता है तो ऐसा सहजता मिलान की जा सकती है।
- मैं यहाँ भी यहाँ कथन करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा विधि विधि रूप में ही इस प्रकार में ही किया जा सकेगा।
- मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत (कर्मचारी बीमा कम्पनी) से वही राशि नहीं लेने की योजना है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वारा कथन):**

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & address Koshika Foundation and its Trustees to use my photo, name, address, phone & 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) मैं यहाँ अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप करके, मैं (अर्सेक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्टाफ" को "कोशिका फाउंडेशन" के नाम पर, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में दिये हैं, उसे "कोशिका" एवम् उसके, राशि, सचनत्व द्वारा उद्देश्य से दूसरी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत (कर्मचारी बीमा कम्पनी) से वही राशि नहीं लेने की योजना है और न ही भविष्य में लूँगा।

2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से दिये हैं, उनका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा विधि विधि रूप में ही किया जा सकेगा।

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

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन):**

By affixing my signature or 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation shall be valid only if the Hospital has not availed any financial 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 object of the procedure/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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अतिथि, रोगी/रोगी की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश केवल वही सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने में अतिथि/रोगी को सहायता नहीं मिलती है तो हम (हस्पताल) को सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रकृत में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" का प्रचार करने के लिये अधिकृत है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/उपचार की प्रकृति/उपचार का प्रचार/उपचार का प्रचार/उपचार के बीच का प्रचार/उपचार "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/सिफारिश केवल वही सहायता से रोगी के इलाज सुचारु और जाने जाने की सही सिफारिश/सिफारिश को सही और "कोशिका फाउंडेशन" का प्रचार करने के लिये अधिकृत है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अभियोगन की तिथि  03-02-20	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg No. - 58417 Time: ..... Name of Dr. & Reg. No. with Stamp डॉक्टर का नाम व स्टाफ नं व गति नं	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्पन्न अधिकृत अधिकारी
--	---	--



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्सेक द्वारा कथन):**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2