

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



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/0220/1206** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19-02-20**

NAME of APPLICANT / आवेदन करने वाले: **Shakriya** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **73** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **Hukumi**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता: **Singhanchuli's Kot**

DISTRICT - **Bharatpur, Periodkhamb, 321005**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता: **Same as Above**

Pre op Post op (1206) Shakriya

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **22500/-** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रमाण): **NA**

PAN No. / पैन नंबर: **XXXXXX**

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**

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 / आवेदन करने वाले के साथ संबंध
1	Kuldeep	late	M	Husband
2	Vishwanath	39	M	Son
3	Shaji Ram	34	M	Son
4	Bhadrakanti	35	F	Daughter in Law
5	Rajashree	30	F	" "
6	Sachin	09	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के खाते के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में रखना है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में रखना है)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में रखना है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किये गये चिकित्सा उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - 5 MSC
	LE - 5 MSC
	SURGERY - (RE) SICSFIEL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वारा भरना पड़े)

- 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, null & void.
 - 2) I solemnly confirm that assistance 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 the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहजता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ से आशयपूर्ण "उद्देश्य" से सी.सी.सी. है। उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक अर्थक को नहीं है, जो कि मेरे या मेरे परिवार के किसी अन्य सदस्य/व्यक्ति/संबंधी कर्मचारी से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्थक द्वारा भरना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/withhold/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.
- 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 that decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर उत्तर देना या उत्तर नही देना मेरा अधिकार है (अर्थक)। अपनी सहजता की पुष्टि करना है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में दिये जा सकते हैं, जो "कोशिका" द्वारा उपयोग के लिए किया जा सकता है, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग किया जा सकता है, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उपयोग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक का हस्ताक्षर या बाएँ तर्जनी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा भरना)

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. In the event 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए न तो कर रहे हैं, न ही कर रहे हैं। यदि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त हो सके तो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त सहायता के लिए हमें कोशिका फाउंडेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर उक्त रोगी/रोगी के लिए हमारा उत्तरदायित्व है कि किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर उक्त रोगी/रोगी के लिए हमारा उत्तरदायित्व है कि किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सी.सी.सी. केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज मुझसे और मैंने रोगी को सही निष्कर्ष देना एवं हस्पताल को सही और "कोशिका" को सही पुष्टि का जिम्मेवारी इस प्रश्न में ली होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal (अधिकृत) के लिए संस्तुति

Date of Surgery / अर्थक की तारीख: 20/02/20
 M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
 Reg No - 55417
 Time..... Date.....
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या तारीख

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



FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामों हस्ताक्षर 2