C-21-04-0287

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

Koshika foundation



APPLICATION No. आवेदन संख्या : A 0721 0092

APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 03/07/2021

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Tara

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 54

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : Pooran

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Pawata, Teh. - Lakmenzath

Dist. - Alwar, Rajasthan - 321605

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION : व्यवसाय : Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 50,000/- (family)

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) : NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो लागू हो उसपर सही का निशान 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 सम्बंध
1	Pooran	55	m	Husband
2	Rinku	33	m	Son
3	Kripal	30	m	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इडब्ल्यूएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/चिकित्सा से जुड़ी की गई प्रतिलिपियां सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - Senile Cat.
	LE - Senile Cat.
(2)	Surgery - U - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
(1)	Nil	

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, li... liable 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/emp oyer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या पूर्ण रूप किसी अन्य फॉउन्डेशन/संस्था/कम्पनी से न तो 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/put-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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि वो नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में संलिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, स्वयं, सम्पर्कित दूसरे उद्देश्यों के जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रचार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी छवि का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ये सारे अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से संबंधित है पूर्ण रूपेण सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

RT
Tara devi

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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है; जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उस रोगी/मरीज के लिये लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/चिकित्सा कार्य के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा आवेदन/मरीज हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो मरीज/रोगी किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवेदक द्वितीय स्तर/अन्य वित्तीयसहायता हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेंगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/ऑपरेशन हुआ है या किये जाने प्रस्ताव/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name, Designation & Stamp of Recommending Doctor) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मोहर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory & Behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर व मोहर
3/07/21	MS (OPHTHAL) Reg. No. DMC/06822	CHARAN MASSEY Admn. Officer Shroff's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2