

C17/07/0146

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

A/0717/0284

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

13/07/17

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

MUNNI LAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

RAMNATAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bhuda Gate, Deeg, Teh. - Deeg, Dist. -

- Bharatpur (Raj.)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION

व्यवसाय

labourer

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

65,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सथाई खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes/No

हां/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	Phoolwati Devi	65	F.	Wife.
2	manoj kumar	33	M	Son.
3	chhagan Lal.	28	M	Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE- PP LE- IMSC
2	Surgery — LE- Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE कई गई सहायता राशी
1	SCCH	



PRE OP.

0284

POST OP.

MUNNI

LAL

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा करेका गये)

- 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 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/employer/insurance company, for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकार से सहायता हेतु "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पेश किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष नहीं है, उस स्थिति का अतिक्रमण करना जिससे अन्य प्रोडक्टिव/कार्यकारी कम्पनी में न तो निरस्त है और न ही भविष्य में भूषण।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करेका)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/print/ship/print/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर (अर्शेक) अपनी स्वीकृति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, या अन्यथा इस उद्देश्य से नवीनीकरण और वितरित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में काम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रस्टियों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता में उद्देश्य से शामिल है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के आधार पर निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मंगुल सिंह
मुन्नीसह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करेका)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय प्रकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/स्वीकृत हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो गैर सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। 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। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने चर्चे को सही दिशा में रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई चुनौती या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

14/02/17

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Design. NO. with Stamp)
REG-2017-028084

L MASSEY
Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroff's Eye Hospital Alwar
जो वे पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar