

C17/07/0163

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्षामार्ग)


Koshika
 foundation
 Building blocks of life

 PRE OP. POST OP.
 0290 RAMPAL
 SINGH

APPLICATION No.

A/07/0290

APPLICATION DATE:

14/07/17

NAME of APPLICANT:

RAMPAL SINGH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

BUDH SINGH

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Indradra, Teh - Bansuh,

Dist. - Alwar (Raj.)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As above

OCCUPATION:

FARMER

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

60,000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई 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 सम्बन्ध
(i)	कुलपति	52	F	पत्नी
(ii)	बेटी	25	F	पुत्री
(iii)	चांदराम	30	M	पुत्र

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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 — RT- IMSC LE- IMSC
2	Surgery — LE- Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक द्वारा घोषणा करें):

- 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, of the cost for which this assistance is requested.
- (1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ प्रमाण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- (3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह व्यय नहीं करूँगा कि मैंने नहीं किया है, जो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो मिले है और न ही भविष्य में मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use my name but not 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 enable 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति को पार कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दर्ज है, उसे "कोशिका" एवम् भरोदारों, दान, वाचनादि दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस प्रकार की सहमति को इस्तेमाल के पार से करके मेरे लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- (2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

कोशिका फाउन्डेशन
रामपाल सिंह


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- (1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पावनी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पार हो चुका है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/समाप्त हो चुका नहीं किया जाता है तो आवश्यक किसी अन्य स्रोत सहायता से किसी अन्य सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष पदर उठा लेनी/पावनी हेतु किसी और सहायता से किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।
- (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सही ज़िम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुतिDate of Surgery
अर्शदक की तारीख

15/07/12

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Reg. No. & Dist. Stamp)
हस्ताक्षर की करें व हस्ताक्षर व तारीख दें

J. MASSEY
(Name, Registration Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroffs Eye Hospital)
हस्ताक्षर करें हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नमो हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
नमो हस्ताक्षर 2

