

C17/07/0181

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

A/0717/0296

APPLICATION DATE: 17/07/17

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT

UMARAV

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

BODU

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Mandiga Bala, Teh. - Ransu.

Dist. - Alwar, (Raj.)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

FARMER

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME :

55,000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

Yes No

हां नहीं

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

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
(1)	उमरव	70	M	SON
(2)				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE - M.S.C. LE - IMSC
2.	Surgery — RE - SURGICAL

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 राशी
1.	SCHE	

PRE OP. POST OP.
0296. UMARAV

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 & original documents 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यथागत करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य प्रकट होता है तो मेरी महाशय दस्तावेज को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इसी प्रकार यथागत करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- 3) मैं यथागत करता हूँ कि इस महाशय से यह प्राप्ति को नहीं है। उन राशि का अधिक या कम- किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लेंगे।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to all work)

- 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/print/affix/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदाता) अपनी सहमति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा, स्वयं, या, साधक/या दूसरे इच्छित माध्यम से जुड़ी तत्वचित्रण और उपलब्धियों को लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में शिर्य अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छित को पहले या बाद में कार्य के शिर्य "कोशिका फाउंडेशन" में लयायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत में उल्लेखित है मुझे स्वतः, सहयोग का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीद व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और अपर्यायही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवैधक के समुदाय का अंगरे का निवास

उमराव

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संजीवनी के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
अपरेशन को तारीख

17/07/17

Dr. Dharm Singh
(Name of the Doctor, Not with Stamp)
REG. NO. 025084

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroff's Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्यसंयमः

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 मन्मथ ठाकुर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2 _____
 PRINT NAME 2 _____

Exchanged

list