

C1710710194

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

A/0717/0301

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

NATHTHI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

72

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

BHORELAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Mandhara, Teh. - Laxmangarh

Dist. - Alwar, (Raj.)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As above



PREOP.

POSTOP.

0301

NATHTHI

OCCUPATION :

व्यवसाय

labourer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

58,000

(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):

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)	अवनी	65	F	पत्नी
(ii)	पुल सिंह	35	M	पुत्र
(iii)	राधा सिंह	37	M	पुत्र
"				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करे):

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एकांकित असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विनियमों को लागू करने के लिए अयोग्य कर दिया जा सकता है।
- 5) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "अभिलेखित कर रहा हूँ", कि मेरी सहायता केवल उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जावेगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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/publicise/duplicate/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 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 their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरी विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एकांकित न्यासीय, दान, प्रचारण/दुप्लिकेट/प्रतिकृति के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विवेक विचारों को प्रसारित करने के लिए प्रयुक्त करें। मैं इस बात का विचार करता हूँ कि इसका उपयोग करने का मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीय प्रयुक्त है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिए प्रयुक्त है, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकांकित न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अंगूठा
निशान लगाओ

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.
- हस्ताक्षर/अंगूठा लगाकर, हमारे द्वारा सिफारिश करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करने का स्वीकार्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अंगूठा लगाकर उसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है/नहीं की जाती है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता प्रदान करने पर उक्त स्रोत/सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/लेते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किसी भी प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव होता है/हमस्पताल को सौंप दिया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में होने के इलाज सुरक्षा और अन्य जटिलता को सही निपटारे को सही एवं हस्पताल को सौंप दिया और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

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

18/07/12

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Regd. No. 628084
उम्मीद है कि यह सहायता सही है

U. MASSEY
Administrator
Dr. Shashi Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिष्ठ उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar Singh

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar Singh