

C17/07/0215

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0717/0304

APPLICATION DATE: 18/07/17

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

VIJAY SINGH

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

SEX लिंग

58

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

RAM CHAND

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Panhosi, Teh. - Deeg

Dist. - Bharatpur, (Raj.)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65,000

(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 चिह्न 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)	पु-र	50	F	पत्नी
(ii)	मान सिंह	27	M	पुत्र
(iii)	शेखाराम	35	M	पुत्र

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्र 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- SIC&IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है?

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



PREOP. POSTOP.
0304 VIJAY
SINGH

DECLARATION by APPLICANT: अर्जदारी करार-सोमनाथ 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 liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kishika 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 यथाथा बता रहा हूँ कि इस प्रश्न 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 बात का गम्भीरतापूर्वक "अनिवार्य" मानता हूँ, कि जो भी मैं कह रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ बता रहा हूँ कि इस सहायता के लिए यह प्रश्न भी नहीं है, उस प्रति का अनिवार्य या सम्मान विवरण किसी अन्य प्रोविडेंट/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दाता द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish 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 its 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप इस फॉर्म पर (आवेदक) अपनी सहमति को स्पष्ट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रकार में प्रकाशित है, इसे "कोशिका" द्वारा व्यक्ति, घर, याकरण, दूसरे उद्देश्य में जुड़ी मीडियाथर्म और इलेक्ट्रॉनिक्स को लिपि किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने को लिपि अधिकृत है; मैं इसका वो विवरण को इसका वो पहले या बाद में काम को लिपि "कोशिका फाउंडेशन" व व्यक्ति अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों में प्रकाशित है मुझे स्वतः; प्रकाशित का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसकी त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 સર્વિસ ને મારફેટ ને ગ્રાંટ ને મિલિ

AGREEMENT by HOSPITAL (KORREKTUR 2008)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिक, हमेशा की ओर से मामले/प्राप्ति को "कोशिका फायदेमंद" से निर्णय साधना हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हमेशा) किन प्रकार से ध्यान व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कार्य और न ही धारणा में निर्णय साधना किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्तर से उठा रोपी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायदेमंद" से निर्धारित/निर्णय उठा के सम्बंध में "कोशिका फायदेमंद" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायदेमंद" द्वारा साधना निर्णय अधिकार/सम्पत्ति हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो आयोजन किसी अन्य और साक्षरी संस्था या किसी अन्य आयोजन से साधना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आयोजन द्वितीय मदद उठा रोपी/मामले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साधना से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायदेमंद" से भी यह साधना संभव निर्णय प्रकृति की है। रोपी पर हमेशा द्वारा दो गई संसाधन या बिस्व गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोपी एवं हमेशा के बीच का विषय है और "कोशिका फायदेमंद" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमेशा में रोपी के द्वारा सुरक्षा और अपने जाने को नती निर्णय/रोपी एवं हमेशा के द्वारा और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या निर्णय/रोपी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
इच्छाकारी के लिए संस्मृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/07/17

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 022084

Dr. MASSEY
Administrator
(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION स्थायी रूपान्तरण के

SIGNATURE of TRUSTEE 1
JOHN KENNETH L.

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Erklärung

21/11/18