

C17/08/0089

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of IT

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

A/0817/0314

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/08/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SUKRUBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

MAJJU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - BALASPUR Teh. - Tijara,

Dist - ALWAR Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

PRE OP POST OP
0314 SUKRUBI

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

70,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

NA

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

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

Yes/No

हाँ/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
①	सुकुबी	60	F	मौलिक
②	मज्जू	62	M	पति
③	पुष्पा	30	M	पुत्र
④	पाहिमान	28	F	पुत्रवधू

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — RE - MSC LE - MSC
2.	SURGERY — RE - DCTS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 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 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 I have requested assistance.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे वापस लिये जा सकता है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से भुगतान नहीं कर रहा हूँ, न तो पूर्ण रूप से और न ही आंशिक रूप से।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo & details for 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 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.

1) इस प्रश्न पर मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगा रहा हूँ, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में उल्लेखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा, प्रसारण के माध्यम से, मुझे या किसी अन्य व्यक्ति को दानों को प्राप्त करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने की अनुमति देता है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत से भुगतान के लिए या कोशिका फाउंडेशन के द्वारा मेरी सहायता के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने की अनुमति नहीं दी जाएगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

 आवेदनक

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, Signature of our Authorized Signatory for recommending this outpatient 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, in the event 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 its 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 scope 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, प्रमाणित की और से हस्ताक्षर/छाप को "कोशिका फाउंडेशन" को दिये जायगा कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से सत्य व सही बातें बता रहे हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता को किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, यदि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मिलती है। यदि "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलती है, वह केवल वित्तीय है। उपचार की योजना को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रभावित नहीं किया जाएगा। इसलिए हॉस्पिटल में उपचार की योजना और उसके परिणाम की पूर्ण जिम्मेदारी हमारे हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

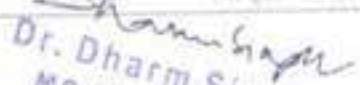
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए समझौता

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

12/08/2017


Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHALM)
(Name of the Authorized Signatory)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम

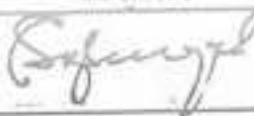

Dr. Shroff
Administrator
(Name of the Authorized Signatory)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवश्यक हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवश्यक हस्ताक्षर 2

