

C17/08/0099

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

A/0817/0326

APPLICATION DATE: 14/09/17
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

JUMMI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुन का नाम

SUBEDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Jhaholi Teh - Rishangarh

Dist - ALWAR Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Village - AS - ABOVE

PRE OP POST OP.
0326 JUMMIOCCUPATION:
व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

75,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वामी 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 सम्बंध
1	सुबेदार	60	M	पति
2	शाकिर	32	M	पुत्र
3	अरवतरी	25	F	बहू
4	शारूप	25	M	पुत्र

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - RHE - PPC LIE - PPC
2.	SURGERY - RHE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

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 & 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, or from any other source for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया होता है तो मेरी प्रार्थना निराश की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रपत्र पर "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने तक ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रपत्र पर "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने तक ही किया जायेगा और मैं इस सहायता को किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से भी नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing the signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/allow/authorize/produce 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 seeking 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'उद्देश्यों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी, एक, या अधिक/एक ही उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात विवरण की पुष्टि या सत्यता को सत्य मानने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के पुनः उपयोग या इस्तेमाल नहीं किया जायेगा इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के पूर्ण होने तक ही किया जायेगा और सहायता कोष।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the applicant 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 whether NGO or any other source, for the same purpose/condition, 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 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/cases 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारी ओर से, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे जो कि हमें है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी पर हॉस्पिटल द्वारा ही सहायता या बिना किसी अन्य सहायता/सिफारिश या प्रस्ताव के ही सहायता को प्रेषित किया जायेगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में ऐसी सहायता सुरक्षा और अपने अपने को सही सिफारिशों के ही सहायता को सही और "कोशिका" को कोई भी सहायता या सिफारिशों इस प्रकार में नहीं देते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अनुमोदित की गयी सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/08/17

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)

(Name of Doctor & Hospital Stamp)
REG. NO. 028034

C. MASSEY
Administrator

(Name of Hospital & Authorized Signatory)
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
यह नया हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवश्यक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवश्यक हस्ताक्षर 2