

C17/08/0114

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A10817/0329

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/8/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

NAIBAN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

RATI KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - KHOSH

Tph - Kishanpur

DIST -

Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

70,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी 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 लगायें)

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
1	रतीखान	60	M	पति
2	सुषेन	35	M	पुत्र
3	अनिसा	32	F	पुत्री
4	जयसोन	18	F	पुत्री

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड की नकल 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 - RE-MSC LE-MSC
2	SURGERY - RLE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशि
1	SELF	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ:**

- 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं खेपता बता रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिने गये धात्री विभाग में ही जानकारी के अनुसार काम एवं रही है। यदि कोई विभाग एवं कर्मन आगत प्राप्त जाता है तो मेरी सहायक निवास की जायेगी।
- 2) मेरी द्वारा के सहायक रहित "कोशिका काउन्सेलर", मेरी ही जा रही है, उसका उपस्थान उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिया किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त गया है।
- 3) मैं पूर्ण बता रहा हूँ कि जिस सहायक हो या प्रार्थना को नहीं है, उस रहित का अधिकार या समस्त विभाग किसी अन्य कोटिनिर्देशक/दीया कमरे से न हो लिया है और न ही अधिकार में लीन।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to re-publish/put-up/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 का अपने हस्ताक्षर या ओपरी की सहायता, मैं (अर्थात्) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परावर्तन और उसके न्यायों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और मे विवरण इस प्रश्न में प्रकट है, उसे "कोशिका" एवं न्याय, राज, वाचनाय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तथ्य बिना भी प्रसार माध्यम से प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मे हस्ताक्षर के पक्ष से यह मे करने के लिए "कोशिका परावर्तन" व न्याय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकट है मुझे सहायता सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आर्सेनिक से दूर रहना या अंगूठे का निपटारा



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.

हमारे अधीकृत, हमलपरी को और से मामले/पेरी को "कोशिका फाटने/सम" से विविध सहायता से सिखाया की जाती है, जिसे हम (हमलपरी) निम्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं:

1. यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/भगमल में लेगे या ले रहे हैं, बल्कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" ने निराश्रित/विश्रि उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोति अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त रोगी/भगमल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी या इम्प्लांट द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं इम्प्लांट को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इम्प्लांट में रोगी को इन्फेक्शन शुल्क और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं इम्प्लांट को होगी और "कोशिका" को कोई भुजिका या जिम्मेदारियाँ इस भगमल में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

112

14/8/17

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 028084
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इसपर का नाम व इन्होवर व सी. २

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
उम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अपनी हस्ताक्षर 2

Exempel

[Signature]