

C17/08/0126

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare,
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

A/0817/0334

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

16/8/17

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

JAGDISH PRASAD

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

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

RUDA RAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SHYOLA PURA, ALWAR DIST. - ALWAR

RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

PRE OP. POST OP.
0334 JAGDISH
PRASADOCCUPATION
व्यवसाय

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

N/A

PAN No. स्थायी खाता संख्या

N/A

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
1	Savitri Devi	55	F	Wife
2	Rishan	23	M	Son
3	Mahesh	35	M	Son

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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"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 - R/E - MSC L/E - MSC
2	D'SURGERY - L/E - SURS + IOL

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 राशी
1	SCDH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की।

- 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 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 it 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 this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सच्चे और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असाध्य प्रभाव डाले है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं यहाँ गंभीरता से "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता की बात कह रहा हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता लगाया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रपत्र की गई है। इस सहायता का उपयोग किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicize/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन, एम्प्लॉयर्स द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स/उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


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 अधिस्तु, हस्ताक्षर की ओर से प्राधिकृत/उपलब्ध को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण उपचार या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

16/08/2017


Dr. Dharm Singh
 MS (OPHTHAL)

(Name of Dr & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टीप


Dr. Shroton

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroton on behalf of Hospital

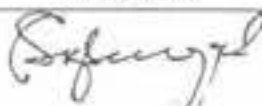
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

