

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: A/0817/0336 APPLICATION DATE: 16/8/17

NAME of APPLICANT: KESHAR DEVI AGE-YEARS: 65 SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: BHOLA RAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE: NAYAKTAN BOIKA - RAJGARH

DIST: ALWAR RAJASTHAN

PIN: 301408

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS - ABOVE

PREOP. POSTOP.
0336 KESHAR
DEVI

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000/-

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

PAN No. सहायता प्राप्त: 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	Bhola Ram	70	M	His Son
2	Chhotu Lal	40	M	Son
3	Bhura Lal	35	M	Son
4				

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 निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RE - PCOL LE - WISE
2	SURGERY - LE SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: अभि प्रो मेवरा वा:

- 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, of the expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं योचनक कहते हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना को निराकार कर दिया जायेगा।
- 2) मैं ठोस रूप से योचनक कहता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता देया है।
- 3) मैं योचनक कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसका प्रतिफल या वापस दिये जाने वाले अन्य व्ययों/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिए हैं और न ही परिवार में किसी

AGREEMENT by APPLICANT (addressee only)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to ~~disseminate/put to use~~ introduce 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 उत्तर इसलिए का जोड़ें की जानकारी, मैं (अर्क्षक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्योथियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" दम्प ज्योथी, एन, कश्कशक दम्प उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपस्थितियों को दिने किया भी प्रसार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मे प्रश्न का विवरण मे प्रसार के प्रसार के बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्योथी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मे कि प्रसारित के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्रसार: प्रसारित का प्रकाश भी प्रकाश। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रसार प्रसार ज्योथियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके काम के इस्तेमाल से आपको क्या फायदा



AGREEMENT by HOSPITAL (CPHSD 000-0000)

By affixing her/his/their signature, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidature for financial assistance from Koshika Foundation, we
 I/We/Us hereby affirm & accept following:

- 1) I/we or my/our 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 अधिकृत, हमलाबी की ओर से घायल/मौत की "वैशेषिक फलान्दशन" से विविध आलावा हेतु लिफाफा की जाती है, जिसे इन (अस्पताल) निम्न प्रकार से माध्यम से भेजना करते हैं।

1. यह कि न ही अभियन और न ही अभियन में विविध साक्ष्य किन्हीं गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोएँ/पायलें में लेने या लेने से है, जैसे कि इनमें "कॉलिका फाउन्डेशन" से निष्काशित/वितरित उक्त के सम्बंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा उत्तर हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य किन्हीं व्यक्ति/संस्थान हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अन्ततः किन्हीं अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय चरण उक्त रोएँ/पायलें हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से लेी गई साक्ष्य केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलात द्वारा ही यह साक्ष्य या किने गये उपचार/अभियन का सुचारु चले एवं हमलात के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमलात में ऐसी के द्वारा सुझा और जाने जाने को सारी विमर्शनी ऐसी एवं हमलात को सारी और "कॉलिका" को कोई दबाव या विमर्शनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

સ્વૈચ્છિકી એ સિદ્ધ મોક્ષદાન

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ਸੰਪੰਨਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

16/8/17

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)

MS (OPHTHAL)

File No. 028084
(Name of the person No. 888 School)

हाफ़र का नाम प डालाया ग र्ही, ग

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. S. K. Singh on behalf of Hospital)

Dr. Sauer, on behalf of Hospital

સુખ મેં મને મળ્યાનું અનિહત અનિહારી

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

આર્થિક પ્રવૃત્તિ

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भारतीय हस्तकला

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तकला २

part