

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या

A/09/7/0413

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/09/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MOOLI DEVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

85

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

NANDA RAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

VILLAGE ANGAHI

Tph THANA HAZI

DIST. AIWAR

RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOURER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य 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 सत्य 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	NANDA	60	M	Husband
2	devi Sahay	40	M	Son
3	Ravi	30	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का चिप 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1	DIAGNOSIS LIE IMSC
	LIE MSC
	SURGERY LIE - SICCS + 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 राशि
	SCCH	

PRE OP POSTOP.
0413 MOOLI
DEVI

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 as 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकर में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तव साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं प्रत्येक वर्ष नहीं हूँ, उस सहायता का अधिकतम अंश किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी 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 & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/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 its 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 प्रकर पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवगत सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकर में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्याता, दान, वाचना/चर्चा एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकर का विवरण कोशिका के पत्रों या सार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याता अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्मृत: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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 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.

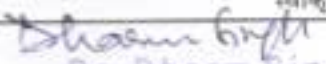
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रकर से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोग/रोगी के लिये या से रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त की है। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अंतर्गत प्रदान किया जाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अंतर्गत प्रदान किया जाता है तो अस्पताल को सहायता के अभाव में सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया जाता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना हम (हस्पताल) द्वारा प्रदान की गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अंतर्गत प्रदान किया जाता है। इसीलिए हस्पताल को रोगी के इलाज सुचारु और जारी रखने की सारी जिम्मेदारियाँ होंगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई चुनौती या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

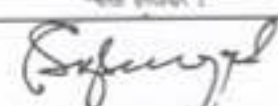
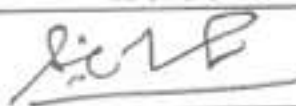
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/09/17	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHALM) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. धर्म सिंह (हस्ताक्षर के साथ)	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Adm on behalf of Hospital) डॉ. श्रीराम लाल (हस्ताक्षर के साथ)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2 
---	---