

C17/09/0158.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: A/0917/0462		APPLICATION DATE: 18/9/17	
NAME OF APPLICANT: RAHMATI		AGE-YEARS: 70	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGDEV			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: VILLAGE PALAN KHEDA DIST. ALWAR RAJASTHAN			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 70,000/-		(Attach Proof of Income) N/A	
PAN No. N/A			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (हाँ) / No (नहीं)			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	Jagdev	70	M
2	Sybedax	36	M
3	Javir	34	M
4	Jai Ram	32	M
5	Rakdeen	29	M
6	Jahid	26	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Card Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1	DIAGNOSIS - RE P.P.		
	LE MSC		
2	SURGERY LE - STCS + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1	SCCH		



PRE OP POST OP
0462 RAHMATI

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 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, for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड के लिये प्रार्थना करूँगा।

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 it's 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 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिये प्रेषित करने के लिये उपयोग में लाया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिये प्रेषित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकारी का उपयोग किया जा सकता है।
- 5) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिये प्रेषित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकारी का उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

(Signature)
Dr. N.

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 अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से हमारे अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करते हैं, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिये अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता दी जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए रोगी एवं हस्पताल को छोड़कर "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/9/17	<i>(Signature)</i> Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डा. धर्म सिंह के हस्ताक्षर व छाप	<i>(Signature)</i> Dr. N. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और हस्ताक्षर/छाप
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
--	--