

C17/10/0048

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/107/0467

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06/10/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MAHARAJ

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

KADERU

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE, - BAHAN BHARATPUR (DEEG)

DIST, BHARATPUR RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

PREOP
0467POSTOP
MAHARAJ

OCCUPATION :

व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

55000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई 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 चिह्न 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	अजमेत	35	M	पुत्र
2	विरण	32	MF	पुत्री
3	सज्जी	11	M	पुत्र

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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS RE - IMSC LE - IMSC
2	SURGERY RE STCS - 10%

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 वही गई सहायता राशी
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 ass-
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 as-
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 as-
for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झूठा एवं काला जवाब दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा स-
2) मेरी सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि को अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO BE ADDED)

- 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/pul-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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनालय 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 हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है पुनः मूल: साहाय्य का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अमेरिका के इलाख में 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.

उपरोक्त विषयों को ध्यान में रखते हुए "संविधान सभा" के विचार सभा के रूप में निर्धारित की गयी है, जिसे हम (अध्यक्ष) नियम प्रकाश में रखने के साथ ही सौंपा करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकारों में विविध सहायता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य इकाई से उठा ली जायेगी या लेयी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से रिपब्लिकन विपक्षी उठा के संस्था में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विपक्षी अधिकार/सहायता हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय पदर उठा ली जायेगी हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेया/लेयी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसतत द्वारा ही यह सहायता या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का पुराना ऐसी एवं हमसतत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिसे हमसतत में ऐसी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को जारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसतत की होती और "कोशिका" की कोई प्रीमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृतो के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ਜੀਵਨ ਦੇ ਦਿਨ

07/10/17

Dr. DHARM SINGH

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

राज्य का नम्बर 43263 एवं सी. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Administrator
on behalf of Hospital)

Dr. Shroffs Eye Hospital, Awaraz अफकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मागी हलका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ इत्याक्षरः ।

Exbury

Rich