

C/7/10/0106

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/10/7/0488

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/10/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KESHARI DEVI

AGE-Years आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

MANNA RAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE - SILEBAWARI Teh, THANA (अटा)

DIST, BIWAR RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS - ABOVE

PREOP
0488POST OP
KESHARI
DEVI

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का सत्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं खात 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

हाँ / 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	राजेंद्र	45	M	पुत्र
2	मोहन	40	F	पुत्रवधू
3	पदारी	38	M	पुत्र
4	माया	37	F	पुत्रवधू
5	दीप्ती राव	74	M	पति

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 सत्य
---	---	---	---

"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 - TMS
	LE TMS
2.	SURGERY RIF - SICCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता पंजी
3.	SCCH	

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, 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 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.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो यहाँ सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से साधना एवम् "शैक्षणिक फाउन्डेशन", से ही आ रही है, इसका उपयोग उम्मीद कर रही हूँ कि मुझे मिले बिना जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही पश्चिम में ले

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 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 प्रकार यह अपने इलाका या अंग्रेजों की सार सलाह, से (आवेदन) अपनी समस्या की पुष्टि करता है एवं "कॉलेजियल प्रॉसेडिंग और उसके जारिज" से अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रकार से लिखित हैं, उसे "कॉलेजियल" प्रमाणित, एवं, वास्तविक रूपों परदेन से जुड़ी एक्टिविटीजें और एप्लीकेशन्स से निवेदित कीये प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रारंभ का विवरण से प्रमाण के प्रमाण से एवं ये कार्य के लिए "कॉलेजियल प्रॉसेडिंग" में जारी अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि यह लक्ष्य, यात्रा, जोड़े और विभाग जो कि महापुरुष के जर्नलों से प्रेरित हैं मुझे तथा: महापुरुष का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोईबाबा" अपने उसमें स्वतंत्रता का निर्णय अलग और अलगकारी होगा।

आवेदक को इच्छाशून्य या अंगेहीन का निर्धारण

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हमलावरी की ओर से सम्बले/लेनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमलावर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वधर्म और न ही अधिष्ठान में विविध सहायता बिना ही सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उच्च श्रेणी/स्तरों में लेने या ले खंड है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निष्पत्ति/विनिर्गत उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना ही अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल टिप्पणी मंदर उच्च श्रेणी/स्तरों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फ्रान्जेशन" से भी यह साधना कोशत विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलात हुए ही यह सलाह या बिन्दे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फ्रान्जेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य रखा नहीं है। इसलिए हमलात में ऐसी के हलाक सुझा और अपने जाने की सारी विधेदारी ऐसी एवं हमलात की होती और "कोशिका" की कार्य प्रक्रिया या विधेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/10/15

Dr. DHARM SINGH

(Name of an-APR-24-11 with Stamp)

डाक्टरों से पूछें कि इसका कारण क्या है।

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

Dr. Shroff's Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION অন্তরিক উপযোগে হইবে

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तक्षेत्र ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इमलाख २