

C17/10/049

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare,
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation

Building Worth of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1017/0506

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/10/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BASKARI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

KAMRUDEEN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE, - NANGAL MOHAMMADPUR Tq. Kishangarh Dist. Bikaner

DIST. - ALWAR RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

PREOP
0506POSTOP
BASKARI

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65000/L

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थायी 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 सम्बन्ध
1	कमरुद्दीन	55	M	पिता
2	जुमलदास	30	M	पुत्र
3	मांजिला	28	F	पुत्रवधू
4	मोहम्मद	27	M	पुत्र
5	अपरमाना	26	F	पुत्रवधू
6	अल्लिया	25	M	पुत्र
7	अस्मिता	22	F	पुत्रवधू

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 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 - LE SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें

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 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 it 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 फॉर्म में दिए गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना पड़ा जाता है तो मेरे महापत्र निरस्त करने के लिए प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पेश किया गया है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पेश किया गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस महापत्र हेतु पहले किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही मदद ले चुका हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use, publish and/or 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, यादगार दूर उद्देश्य से जारी विज्ञापनों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण कोशिका फाउंडेशन के पत्रों या वेब साइट में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: महापत्र का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उल्लेखित विवरण को प्रसारित करने और प्रचारण करने के लिए अधिकृत है।

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


आवेदक

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से जवाबदेही को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/सफल हेतु मान्य नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल के रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
प्रत्येक की तारीख

14/10/17


Dr. DHARM SINGH
CONSULTANT
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाका के साथ, व

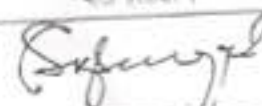

L. MASSEY
Administrative
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital)
Dr. Shroff Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पहले हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

दूसरी हस्ताक्षर 2

