

C17/10/0108

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare,
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/10/7/0513

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/10/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

DHAFI DEVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

DIPA RAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE, GUWARA LALA BHAIYA TEH, THANA LAJ

DIST, ALWAR RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य 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 मान्य 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	हनुमान	50	M	पुत्र
2	माती	48	F	पुत्री
3	बाबूलाल	30	M	पुत्र
4	लाली	28	F	पुत्री
5	दिपाराम	73	M	पति

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RE - M.S.C
	LE - PP
2	SURGERY - RE - SIGS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त सहायता राशि
1	SCCH	

PREOP
0513POSTOP
DHAFI
DEVI

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 for 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, of the expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यथाथा बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निमित्त की गई सहाय्य निमित्त निमित्त को अस्वीकार कर दिया जाएगा।
- 2) मैं यथाथा बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निमित्त की गई सहाय्य निमित्त को अस्वीकार कर दिया जाएगा।
- 3) मैं यथाथा बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निमित्त की गई सहाय्य निमित्त को अस्वीकार कर दिया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish or to 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासेयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोvided है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, चार, साप्ताहिक दूरसे उत्प्रेरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशस्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोvided है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाधकारो होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षाएं भी हालांकि वह अंगरेजी का विद्वान



AGREEMENT by HOSPITAL (कम्पलीट होना चाहिए)

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, हमलापारी की ओर से गवाह/गोपी को "बर्लिका काउन्सेलर" से विलियम महापात से भिन्नता की जाती है, जिसे हम (हमलापारी) विधि प्रकाश से प्राप्त व गलेबाज करते हैं।

- 1) यह कि न तो व्यक्ति और न ही व्यक्ति में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उच्च रोजी/मासले में होने या से रहे है, जैसी कि हमने "कोशिका फायनेंसिंग" से विभाजित/विभक्त उच्च को सहायता में "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा सहायता मिलती अधिक/सहायता हेतु मजदुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता सेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उच्च रोजी/मासले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फायनेंसिंग" से ही नई सहायता कंपनी विविध प्रकृति की है। रोटी पर हमसाल द्वारा ही यह सहायता या फिने नये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोजी एवं हमसाल को बीच का विषय है और "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये हमसाल में रोटी को इलाक शुल्क और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोटी एवं हमसाल की होने और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/10/17

Dr. DHARM SINGH
CONSULTANT

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

हस्ताक्षर का नाम व इमेलआइड व पता भेजें

(Name of the State of Authorized Signature)

 Administrator of Hospital

Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायौ दम्भश्च ।

SIGNATURE OF TRUSTEE 3

संस्कृत-संस्कृत ३

Exempel

Rich