

C17/12/0313

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

A/0118/0839

APPLICATION DATE:

06/01/2018

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

GHANSHYAMDUTTSHARMA

AGE-YEARS अनु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

MAMCHAND

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VILLAGE - GOONTA, TEH. - BANSWAR

DIST - ALWAR RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE.



PRFOP.

0839

POSTOP

GHANSHYAM
DUTT

OCCUPATION:

FARMER

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

65,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes (No)

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।)

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	Pratima devi	50	F	wife
2	Mahendra	24	M	son

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) आय 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 विवरणों 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-SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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	

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, if any, 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 amount for which this assistance is requested.

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

2) मैं इस बात का गम्भीरता से "बोधित करता हूँ", मेरी यह बात है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पट्टा गया है।

3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस एजेंसी या व्यक्ति या संस्था किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या जो दिया है और न जो भविष्य में होगा।

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/post-up/produce 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 प्रश्न का जवाब हमेशा या ज़रूर ही हाँ लगकर, मैं (अपवाद) अपने सचिवों की मुक्ति का हूँ जब "कॉलिका फार्मेशन और उसकी ग्यासीयों" को अधिभुक्त करता हूँ कि मेरा जन्म था, जहाँ और वो विचार इस प्रश्न में कोशिश है, उसे "कॉलिका" दम्प ग्यासी, दान, मानवता के दुर्लभ उद्देश्य से मुझे लक्षितियों और वस्तुनिष्ठों के बिना किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकट करने के लिए अधिभुक्त है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे प्रश्न के जवाब के जवाब के जवाब के लिए "कॉलिका फार्मेशन" व ग्यासी अधिभुक्त है।

2) मैं (सोचता हूँ) इस बात से सम्मत हूँ कि जो लोग कहते हैं कि समाज में बदलाव के लिए हमें "कॉलेज काउन्सिल" बनानी चाहिए।
"कॉलेज" एक अच्छा शब्द है जिसका अर्थ है शिक्षण और अनुशासन दोनों।

आपके मन में इनका क्या अर्थ है?

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.

1) यह कि न तो कॉलेज और न ही एडिक्वेट से शिथिल मायाज किया है। एडिक्वेट को मायाज से निवृत्त करने के लिए हमें एक नए मायाज की आवश्यकता है।

1) यह कि न तो संसदन और न ही व्यक्ति के विहित अधिकार किसी भी सरकार के संसदन या किसी अन्य स्वीकृत से उल्लंघित हो सकते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" के विवादों के बारे में कहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा संसदन के अधिकारों का उल्लंघन किया गया है तो संसदन को यह अधिकार है कि वह इसे ठीक करे। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा संसदन के अधिकारों का उल्लंघन किया गया है तो संसदन को यह अधिकार है कि वह इसे ठीक करे।

2. "कोशिका जगदन्धरा" से ही यह सत्यता कोसल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इत्यस्त इत्य एते सर्व सत्यता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं इत्यस्त की बीच का विषय है और "कोशिका जगदन्धरा" इस किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसीसे इत्यस्त में ऐसी के इत्यस्त मुख्य और अन्य अन्य को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इत्यस्त की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06 | 01 | 2018

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा. धर्म सिंह एम.एस. (आँखों की)

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Erbenzyl

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

h. 2 f