

C19/12/0254

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: A/1218/0606
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 06/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Basanti Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
68

SEX लिंग
F

FATHER/SPOUSE'S NAME: Ganga Sahay
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village - Ratanpur, Teh - Bansur,

Dist - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Free of Post-OP
0606 Basanti
Devi

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 60000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) NA
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रवाय खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 से संबंध सामान्य
1	Rohitash Yadav 45		M	Son
2				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये दिव्य आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा से संबंध 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) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त 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 कितने अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त हो?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करना):

- 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 applicable 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता को "कोशिका फाउंडेशन", से भी या नहीं है, इसका उपयोग उन्हे उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उपाय को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या प्रत्यक्ष किन्हीं अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने उपस्थिति को दृष्टिगत करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, पत्र/पत्रिका, दूरदर्शन से सुनी गई वीडियो और कलमियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रपत्र पर विवरण को प्रकाशित करने या नहीं करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मुझे सहायता का उपकरण नहीं मिलेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



अनुमति सिंघ
पतनी देवी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 arrangements 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 जाते हैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी या न हो पायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त को सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/पूर्ण हेतु स्वीकृत की जायेगी तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने या सहायता को नही प्राप्त कर पायेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से भी नहीं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या निवेदन को सहायता/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं सहायता को सही या सही है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सहायता में होने के कारण कुछ और करने को नहीं मिलेगी/प्राप्त होगी एवं हस्पताल को सही और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Pratim Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. -028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
कारण का नाम व हस्ताक्षर व छाप

C MASSEY
Administrator

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पता हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

[Signature]