

C18/12/067

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0612

APPLICATION DATE: 10/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramo

AGE-YEARS मास-वर्ष

76

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Ratan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Gashiladha, Teh. - Jhansi

Dist - Bhatnagar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As above

OCCUPATION:

व्यवसाय

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

88000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. सर्वेक्षण संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न 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 संबंध
1	Pramod	40	M	Son
2	Manoj Singh	38	M	Son
3	Suresh	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मरने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - IMC LE - IMC
2	Surgery - LE - DISTAL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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



Price of Post of
0612 Ramo

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद के मुद्दे के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से या भविष्य में भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" ट्रस्टी द्वारा, या, सार्वजनिक रूप से जहाँ जहाँ वे चाहें, वे मेरी तस्वीरें और विवरणों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। वे इस फॉर्म पर विवरणों को प्रकाश में रखने या बहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व-वहाँ अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे पता। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" ट्रस्टी उनके अधिकारों का निर्धारण करेगा और सहायता देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



RTH
Ramo

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

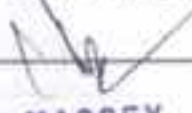
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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) This 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से जहाँ/जहाँ को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

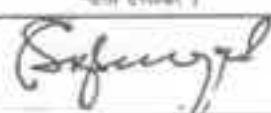
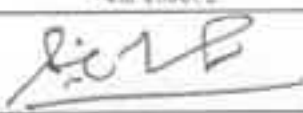
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया इस के साथ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/प्रकार से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मांगी सहायता के लिये किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से भी यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का चयन एवं प्रत्यक्ष/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हितों सुरक्षा और अपने कर्तव्य को पूरी निष्ठापूर्वक लेते हैं हस्पताल को हानि और "कोशिका" को कोई क्षति या बिम्बेप्राप्ति इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084 (Name of Dr. & Regd. No. and Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप न.	 J. MASSEY Administrator Dr. Shalika Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ती हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ती हस्ताक्षर 2 
---	--