

C18 12/0078

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **A/1218/0616**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **11/12/18**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Meera Devi**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **56** वर्ष
SEX **F** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **Suresh Chandra**
पिता/पति का नाम



Pr. op. Post op.
0616 **Meera Devi**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**
Village - Haridwar - Tehsil - Lakhanpura

Dist. - Haridwar, Uttarakhand

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासीय पता**
above

OCCUPATION: **Labourer**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **70,000**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का प्रमाण प्रस्तुत करें) **NA**

PAN No. **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
1	Ramakant	27	M	Son
2	Hema	30	F	Daughter
3	Ravi	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रीखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	IWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और कार्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे माँगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवरण सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE-PP LE-IMSC
2	Swasemy - LE-SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो रकम सहायता मिली
1	SCM	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला:

- 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही ली जायेगी जो मेरी सहायता के लिए है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा छापने से, मैं (आवेदक) यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में बताये गये, उसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, चित्र, चित्रांकन, ध्वनि, दूरदर्शन या किसी भी माध्यमों से उनके विवरण को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस पर सहमत हूँ कि इससे पहले या बाद में मेरी सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी।

2) मैं (आवेदक) इस पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित किये जायेंगे, सहायता का इस्तेमाल नहीं करके इस सहायता से "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, चित्र, चित्रांकन, ध्वनि, दूरदर्शन या किसी भी माध्यमों से प्रसारित नहीं किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या मुद्रा छापना

Meera Devi
R.H.

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

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 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, हम यहाँ पर घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, बिना इस (हॉस्पिटल) द्वारा प्रस्तावित या अन्य सहायता के।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी रोगी के लिए मांगेंगे जो हमसे सहायता के लिए मांग रहा है, जब तक कि हमसे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिले। यदि सहायता पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करता है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए मांग रहे हैं, बिना किसी अन्य सहायता के।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस पर निर्भर नहीं करता है कि वह सहायता के लिए मांग रहा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने के बाद भी रोगी का इलाज जारी रहेगा। इसलिए हमारे पास रोगी के इलाज के लिए पूर्ण जिम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Dharmendra Singh

MS (OPHTHAL)

Reg. No. - 028004

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

डॉक्टर का नाम व पता

L. MASSEY

Administrator

Dr. Shreeffs Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

हॉस्पिटल का नाम व पता

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/12/18

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इलाक़ा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इलाक़ा 2