

C18/12/0120

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: A/1218/0629 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 14/12/18 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Phooli आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु वर्ष 60	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Harchand पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Haridana, Teh. - Laxmangarh, Dist. - Alwar, Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता as above				
OCCUPATION: labourer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 65000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) NA (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी आयकर संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) Yes (हाँ) / No (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	Har Chaud	62	M	husband
2	Rajendra	40	M	Son
3	Satish	42	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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)		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 डॉक्यूमेंट सूची संलग्न			
1	Diagnosis — RE - IMSC LE - IMSC			
2	Surgery — RE - SIC5+10L			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली		
1	SCHE			



Pre op. Post op.
0629 Phooli

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 status 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 it 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, for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी माग्यता निरस्त की जायेगी।
- 5) मैं इस बात से गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस माग्यता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रीफंड है और न ही बीमा में कटौत करवाऊंगा।

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 it's 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 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.
- 3) इस प्रमाण पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, पत्रचार/चुपचाप प्रसारण से जुड़े विभिन्न विधियों और उपकरणों से बिना किसी भी प्रकार के माग्यता से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रमाण का विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही होने का दावा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" व इसकी अधिकृत हैं।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि माग्यता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे मालूम; माग्यता का हकदार नहीं बल्कि। इस प्रमाण में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

(Signature/Thumbprint)

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 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, हस्ताक्षर की और से माग्यता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से माग्यता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग्यता निरस्त अंतिम/नकारा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि माग्यता हेतु रोगी मरना उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं होना/लेना।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और मान्य करने के सभी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई सुझाव या जिम्मेदारता इस प्रमाण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/12/18	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No.-028084 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा, व	L. HASSEY Administrator (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
न्यायी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

(Signature)