

18/12/2021

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: A/1218/0630
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bhatla
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shyam
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Mali Mahalle, Majpur, Teh. - Laxmangarh

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As above

Pre op. Post op.
0630 Bhatla

OCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 5000/-
कुल वार्षिक आय

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

N No. स्वयं खाना 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 (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 से संबंध
1	Rajju	45	M	Son
2	Kallu	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गये विनती 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 - 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 लेई गई सहायता राशि
1	SCPM	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा किया गया)

- 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस उद्देश्य का अंतिम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी स्थापना को यह सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, राज, वाचक/कथन द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण में पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपरान्त से प्रकाशित है उक्त उद्देश्य, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बंधित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त होती बिना उक्त से ही सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिये और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह स्पष्ट है कि वे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर की चोख का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को इसका सुझाव और उसे लेने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Dharm Singh
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084

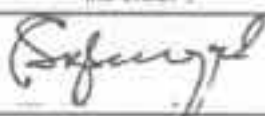
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

C. MASSEY
Administrator

Dr. Shroff's Eye Hospital, Ameer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

