

C8/12/0624

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1218/0632

APPLICATION DATE : 14/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Murali Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

62

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Bhanya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Harasana, Teh - Laxmangarh

Dist - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

वार्षिक आय

50000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम प्रमाण)

NA

PAN No. स्थाई आय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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	Devul	30	M	Son
2	Om Prakash	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निशानों 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+TOL

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 तो यह सहायता कितनी
1	SCCH	



Prelor

0632

Postor

Murali Lal

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 5) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सिद्ध है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अवश्य सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जो "कोशिका" दम्पन, पत्र, प्रकाश/प्रकाशित करने के माध्यम से मेरी गतिविधियों को प्रमोट करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण को चलाने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रयोग के लिए प्रयोग किया जा सकता है, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



L+H
MURARI LAL

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) 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.
- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की और से समारोह/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विपरीत की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दी जाती है:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन से कोई भी भूमिका नहीं लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और उसे करने को मेरी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को कोई और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

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

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर पंजी. नं.

L. MASSEY

Administrator

Dr. Shroff Hospital & Health Services
(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
नामो हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2

[Signature]