

C18/12/0127

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0634

APPLICATION DATE: 14/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Bhorelal

AGE-YEARS वर्ष-सं

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Deepa Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

Village - Bhorela, Teh. - Rajasthan,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

as above


 Pre-op Post-op
 0634 Bhorelal

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

N/A

PAN No. पैन संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही 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 सम्बन्ध
1.	Mukesh	40	M	Son
2.	Rakesh	38	M	Son
3.	Rajesh	37	M	Son
4.	Dinesh	33	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रोज़ के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE- IMSC RE- IMSC
2.	Surgery — RE- SICU + JOL

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 ली गई सहायता राशि
1.	SCM	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **सही** ☐ **गलत**

- 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 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 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 योशिका फाउंडेशन में दिए गए प्रश्नों के प्रति सच बता रहा हूँ। किसी भी गलत बयान के कारण मेरा आवेदन और जारी राखे गए फंड का उपयोग निरस्त हो सकता है।
- 2) मैं योशिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं योशिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड और न ही अन्य सहायता का अनुरोध करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEING TWO WAYS)

- 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/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 तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अर्हक) यहाँ सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और वे बिना इस तरह में सीमित है, जो "कोशिका" उद्देश्य, पता, सम्बन्धित मुझे उद्देश्य में मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को बिना किसी भी प्रकार बाधना से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे इस का बिना मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, पते और बिना के बिना सहमत के उद्देश्यों में अधिकृत है मुझे नहीं। फाउंडेशन का हस्ताक्षर भी करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" उद्देश्य उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्षा से बराबर या और भी कम



AGREEMENT by HOSPITAL (REFUSE OR NOT)

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/cases 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 जन्मकाल, कलाभारी की ओर से गायक/गायिका को "अतिथि गायन/गायिका" को विशेष उद्घाटन हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमसेना) गिन उधार से गायन व गायिका करते हैं।

1. यह कि न तो न्यायालय और न ही अधिकांश नैतिक न्यायालय किसी नए सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य न्यायालय से उभर रहे हैं, बल्कि वे हैं, जैसे कि हमने "कोर्टिका फाउंडेशन" को सिद्धांतगत/नैतिक उभार के संक्रमण में "कोर्टिका फाउंडेशन" द्वारा भर्त देते हैं कि है। यदि "कोर्टिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निधि अधिकांशकतः देते हैं, तो न्यायालय किसी अन्य नए सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि न्यायालय द्वितीय गत उभार के दौरान देते हैं कि न्यायालय के सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेते हैं।
2. "कोर्टिका फाउंडेशन" से ही नए सार्वजनिक संस्थान विकसित प्रकृति को है। लेकिन हम हमसे अधिक द्वारा ही यह सहायता या किसी नए उभार/अधिकार का सुलभ तरीका एवं सहायता के बीच का विचार है और "कोर्टिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उभार नहीं है। इसलिए हमसे अधिक में ऐसे नए उभार/अधिकार और अन्य उभार को सही विचारों से ही एवं हमसे अधिक को सही और "कोर्टिका" को कोई उभार या विचारों से ही सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीमाती के लिए संरक्षण

Date of Surgery
all times at times

ngshala

Dr. [Signature]
M.S. (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
[Signature]

L. MASSEY
Administrator

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद सम्पन्न अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्याय रक्षण १

10/11/18