

C18/12/0136

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. आवेदन संख्या : A/1212/0636	APPLICATION DATE : 12/12/18 आवेदन तिथि	 Pre-op. Post-op. 0636 Buelhi		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Buelhi	AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम lallu				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Halanpur, Teh - Lamnagar, Dist - Alwar, Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Labourer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 80000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) AM			
PAN No. : आपके पास पैन नंबर 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 के साथ संबंध
1	Nabhan Singh	40	M	Son
2	Phool Singh	38	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) एपीबी कार्ड का नौवा प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस 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 प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जलसाहचर/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis - RE - MSC LE - IMSC			
2	Surgery - RE - SICCS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		
1	SCCH			

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, of the cost for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद पा रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद से भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रीफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

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/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 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो तथा मेरे उद्देश्य के बारे में मुझे जानकारी देने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी अधिकृत हैं।
- 4) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कदाचित्त मेरे उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता। फाउंडेशन का हस्तक्षेप नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्दिष्ट उद्देश्य और हस्तक्षेप शामिल है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्पक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



R+H
Bhuddi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

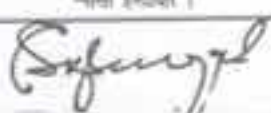
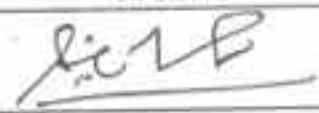
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से भविष्य में मेरी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान में सक्षम न हो सकेंगे।
- 3) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता स्वीकार नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
4. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मांगता/मांगती वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान और अपने चिकित्सा खर्च जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Bharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No.-028084 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.	MASSEY Administrator Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--