

C18/12/0137

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0637

APPLICATION DATE: 17/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Totli

AGE-YEARS (वर्ष)

60

SEX (लिंग)

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Chhuttan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Village - Bhoon Bahari, Teh - Laxmangarh.

Dist - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

as above


 B-cop. Post op
 0637 Totli

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

70000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. सवाई खात संख्या

NA

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

क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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	Jai Ram	40	M	Son
2	Mukh Ram	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए 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)	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 किये गये विस्तार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE-IMSC LE-IMSC
2	Surgery - LE-SECS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता धरा
1	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, or for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो निधि ले और न ही भविष्य में ले लूँगा, जिसके लिये इस सहायता की आवश्यकता है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी गई मदद के उद्देश्य से किसी भी माध्यम (शुद्ध, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक) के माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार के पूर्वावधिक या पूर्वावधिक के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी गई मदद के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस सहमति के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी गई मदद का उपयोग नहीं किया जा सकता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

R.H.
To Fali

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हम किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी गई मदद का पूरा भुगतान नहीं किया जाता है, तो हमें इस अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के बिना हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से माँगी गई मदद का उपयोग नहीं किया जा सकता।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन और/या उपचार की सुरक्षा के लिए हमें अपने रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगी गई मदद का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की दृष्टि से हस्पताल को पूर्ण और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	MS (OPHTHAL) Reg. No. 320084 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	G. BASSEY Administrator Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--