

C18/12/0139

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: A/1218/0639
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 12/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Ganga Dhar
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 60
SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुण का नाम: Natarayan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता
Village - Mahanpur, Teh - LAMNAGARH,

DIST - Alwar, Rajasthan
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

as above



Roll no. 0639
Post no. Ganga Dhar

OCCUPATION / व्यवसाय: Labourer
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 75000
(Attach Proof of income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. / स्पष्ट खाता संख्या: NA
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम जो उस पर सही का चिह्न लगाये): 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 सम्बंध
1	Natarayan Ganga Dhar	45	M	Brother
		60	M	Self

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगा कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नों 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 - SIC3+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 / की गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने वाला:

- 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 & subsequent 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 kind for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ जो बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताना था।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में नहीं, इस रोग या अंगण के खर्च के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे ले रहा हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करने वाला)

- 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.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप देकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को उल्लेख करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" का उपयोग कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा और/या इसकी गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण के बिना सहायता का प्रदान करने में प्रतिबंध है। सहायता का प्रदान करने का अंतिम अधिकार "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के पास है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमने यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्तीय सहायता से लाभ नहीं ले रहे हैं।

- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोग के लिये नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता का अंतर किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्वीकार किया जाता है कि सहायता के बिना हमें सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी का उपचार सुरक्षित और सही करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL.)
Reg. No.-028084
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

MASSEY
Administrator

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

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
17/12/18

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2