

18/12/2040

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/1218/0640	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	17/12/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Harchand	AGE-YEARS आयु-वर्ष	60
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम	Meda Ram		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Village - Haranpur, Teh - Laxmangarh,			
Dist - Alwar, Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	Labourer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	80000	(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न)	NA
PAN No. स्थायी खाता संख्या	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
1	Ravi	30	M
2	Pooja	28	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें			
BPL Card (Attach Card Copy) सही को रेखा में तिके प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न गैर निम्न का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न		
1	Diagnosis - RE - PP LE - IMSC		
2	Surgery - LE - SIC3 + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	
1	SCM		



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहीन घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सके।
- 2) मैं इस प्रकार की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा सकेगी है, उसका उपयोग उभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता पत्र है।
- 3) मैं यहीन घोषणा करता हूँ कि मैं आगे आगे हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, उस स्रोत का अधिक या कम सेट किया किसी अन्य संगठन/रोक/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, संचारक या अन्य माध्यम से लुकी प्रसारित करने के लिये किया जायेगा और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिये प्रयोग किया जायेगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे सहायता या सहायता नहीं मिलना इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके त्रुस्टी के निर्णय और उनकी स्वीकृति पर निर्भर है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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/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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से संचालक/होती को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संचालक/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निगीत अधिकृत/कमाल हेतु समुदाय की किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य और संचालक/संस्था या किसी अन्य संचालक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त रोगी/रोगी के लिये किसी और संचालक/संस्था या किसी अन्य संचालक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या निम्न गले इलाका/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे जाने की सभी जिम्मेदारियों को एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संज्ञा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MS (OPHTHAL)

Reg. No. 028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पत्र न

U. BASSEY

Administrator

Dr. Shroff Eye Hospital, Bikaner

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

रोग व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नयाँ हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नयाँ हस्ताक्षर 2

(Signature)

(Signature)