

C18/12/0141

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0641

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Narayani Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Charan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village - Harasana, Teh. - Laxmangarh,

Dist. - Meerut, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above


 Pre op Post op
 0641 Narayani
 Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खरी 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Charan Lal	35	M	Son
2	Khilash	30	M	Son
3	Udal	30	M	Son
	Ram Suraj	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis — RT- PF LE- Brown Cataract
2	Surgery — LC - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਰੋਤ ਦੁ ਮੰਨਾ ੧:**

- 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन बताया गया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की गई सहायता यदि "भौतिक आवश्यकता", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में गद्य गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह उद्देश्य भी नहीं है, उस राशि का उपयोग या भुगतान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING THE WORK)

- 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/republish 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 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 सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रकार से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, इंटरनेट से जुड़ी वेबसाइटों और अन्य माध्यमों से प्रसारित कर सकें और प्रकाशित करें। मैं इस प्रकार का प्रकाशित करने के लिए या पत्रों में अपने नाम या पते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायीयों को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को कि कब प्रकाशित करेंगे वे अधिकृत हैं। प्रदान की गई सहायता या सहायता जारी रखना इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, वेबसाइटों और अन्य माध्यमों के निर्णय पर निर्भर करेगा और उनके निर्णय को स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

AGREEMENT by HOSPITAL (IF/WHEN NOT N/A)

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.

3) यह कि न तो कार्यवाही और न ही धोखा में विहित प्रावधान किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त रंगे/पन्नाले में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कारागृह" में सिविलीजेशनलिज्म उक्त के सम्बंध में "कोशिका कारागृह" द्वारा पार देना है। यदि "कोशिका कारागृह" द्वारा प्रकाशित विधि अधिकारकर्म से सम्बन्धित किन्हीं बातों में अन्तर्गत किसी अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत विधि पार उक्त रंगे/पन्नाले से किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से नहीं लेना/देना।

2. "कोशिका पाठ्यपुस्तक" में भी यह सामान्य संकेत विविध प्रकृति को है। टोपी या इमरालद द्वारा ही यह संकेत या चिह्न को उपस्था/प्रतिष्ठा का प्रमाण देती एवं इमरालद में शीघ्र का चिह्न है और "कोशिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकार का कोई संकेत नहीं है। इसलिए उपस्था में टोपी का इस्तेमाल प्रमाण और जो चिह्न को सही चिह्नित करने वाली एवं इमरालद को टोपी और "कोशिका" को कोई चिह्न या चिह्नित करने का प्रमाण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अयोध्या के विषय संस्कृति

Date of Surgery
ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਲਿਖੋ

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. -028084
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

C MASSEY
Administrator
Dr. Shroffs Eye Hospital, Ameer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
यस व यस प्रमाणित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इंगल्ले ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इमरान 2

28.04.2018