

C18/12/0142

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0642

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Bhagwan Sahay

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Ram Pal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Village - Karon, Teh. - Ladangarh,



Pre op. Post op.
0642 Bhagwan Sahay

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

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 सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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	Bhagwan Sahay	70	M	Self

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आठ लाख रुपये तक (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुर्चो संलग्न
1	Diagnosis — RE-PP LE-IMSC
2	Surgery — LE-SIES+JGL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 any other source for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रयोग में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अलग घोषणा करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रयोग में मांग किया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता से मैं या मेरे परिवार को कोई भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो निधि है और न ही बीमा में लौटाने के लिए सहायता से निधि प्राप्त करने का कोई भी दावा होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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.
- 3) इस प्रयोग पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रयोग में प्रयोग किए जाएंगे, जिनके माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" को दानों का इकट्ठा करना और/या इसकी गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देना शामिल है। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या मेरे उद्देश्यों के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के अर्थों में प्रयोग नहीं किया जा सकता। सहायता के अर्थों में प्रयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दानों का इकट्ठा करना और/या इसकी गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देना शामिल है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे अधिकृत अधिकारी की सिफारिश के माध्यम से, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले के लिए किसी अन्य स्रोत से उठाएंगे, जहाँ हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी रूप में नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के अर्थों में प्रयोग के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता के अर्थों में प्रयोग के लिए हमें सहायता के लिए किसी भी स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्पताल द्वारा रोगी के हितों के लिए और रोगी के हितों के लिए सहायता के अर्थों में प्रयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी दबाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

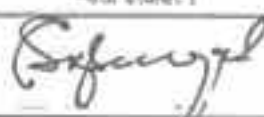
L. MASSEY
Administrator

Dr. Shroff Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

रोग व रजि. हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

