

C18/12/192

Sham Sheer

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/1218/0651
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 21/12/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sham Sheer
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष: 64
SEX लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: Duli Chand
पिता/पत्नी का नाम



पञ्जीकरण संख्या: 0651
आवेदक का नाम: Sham Sheer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Bherawal Kalan, Teh - 123025,

Dist - Ambala, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 20000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) NA
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes/No
हां/ना

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.	Babu Lal	35	M	Son.
2.	Surendera	30	M	Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोजा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रमाण पत्र)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रमाण पत्र)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसदवा कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रमाण पत्र)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन कृपया संलग्न
1.	Diagnoses - RE - I.M.S.C LE - I.M.S.C
2.	Surgery - RE - SIC3 + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन 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 & 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाता है तो कोई आश्वासन प्राप्त हो या नहीं है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से उस राशि के लिए आश्वासन प्राप्त करने के लिए नहीं आया हूँ और न ही भविष्य में आऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/print/copy/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 प्रश्न में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रश्न में प्रयोग कर सकते हैं, इसे "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रचारित करने, प्रकाशित करने, प्रसारित करने या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है। इस मामले में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को जारी रखने का निर्णय केवल और केवल ही उनके पास है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा घोषणा)

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, in 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, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्नों से सहमत एवं स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से उस राशि के लिए आश्वासन प्राप्त करने के लिए नहीं आया हूँ और न ही भविष्य में आऊँगा।

2) "कॉशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार करने के लिए सिफारिश

DR. SHASSEY
ADMINISTRATOR
Dr. Shashi Kulkarni
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद द्वारा अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
22/12/18

M8 (OPHTHAL)
Reg. No. 028084
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदनकर्ता 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदनकर्ता 2