

C18112/0224

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1218/0660

APPLICATION DATE: 26/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Karnal Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Bahadur Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Kharapra, Teh. - Tarnali,

Dist. - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

75,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. यदि प्राप्त हो

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएँ)

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 से संबंध
1	Laxman Singh	22	M	Son
2	Laxman Singh	17	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रतिलिपि प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विनति करने वाले का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC
2	Surgery - RE - SICSAIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त सहायता होगी
1	SCCH	



Precor: Postor:
0660 Karnal
Singh

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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, if any, 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.
- 4) मैं यही घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाता तब यह है जो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 5) मैं यही घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह हूँ, इसका उपयोग यही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 6) मैं यही घोषणा करता हूँ कि भविष्य में इस प्रकार की कोई भी, या किसी का अधिकतम या अधिकतम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकृति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिये, या अन्य माध्यमों के द्वारा कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने तक या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने तक "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे उपचार के पूर्ण होने से पूर्व ही मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने तक प्रकाशित या प्रसारित नहीं करवाया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी अधिकृत और उनके भरोदारों की सहमति ही अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

L.H. Karmal Singh

AGREEMENT by HOSPITAL (स्वीकृति द्वारा स्वीकृति)

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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ नीचे से आधिकारिक हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्पष्ट कर दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही वर्तमान में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो हमारे द्वारा सिफारिश की गई है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है, जिससे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया गया वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें अपने स्रोत से सहायता प्राप्त करने की अधिकतम सीमा तक जिम्मेदार होना पड़ेगा। इस प्रकार से स्पष्ट किया गया है कि हमारा वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की जिम्मेदारी हमारे पास है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" के लिये कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के लिये कोई भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल को बीच का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश किया गया है। इसीलिए हस्पताल में होने वाले उपचार सुनिश्चित और उनके फल को सही निम्नकारी होने एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Dharm Singh

के लिए सिफारिश

MS (OPHTHAL)

Reg. No.-028084

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

डाक्टर का नाम व इलाका व पी. ए.

L. M. MUSEY

Administrator

Dr. Shrinis Eye Hospital, Alwar

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2

[Signature]