

C18/12/0276

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.: A/0119/0680
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 11/1/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Rupnarayan
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
58SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mohriyo Ram
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Vill. — Akbarpur, Teh. — Alwar

Dist. — Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

Pre op. 0680
Post op. RupnarayanOCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 70000
कुल वार्षिक आय(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 (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 से संबंध
(I)	Hari Ram	32	M	Son
(II)	Rajodimal	34	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis — Ac- PP Ue- IMSC
2.	Surgery — Ue- STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा करें)

1. I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if & when requested, null & void.
2. I solemnly declare 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 declare 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 the assistance is requested.
4. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथ सहायता माग जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
5. मैं इस बात का जमाना दूँगा कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उल्लेख की पृष्ठों के तहत दिये कारणों, को इस प्रपत्र में माग किया है।
6. मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से अपने या किसी अन्य व्यक्ति/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिये हैं और न ही लिये जाने वाले हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to 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.
3. इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में संक्षिप्त हैं, इन्हें "कोशिका" एवम् त्रुस्टी, एवं, आवश्यक दूसरे स्तरों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत हैं।
4. मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 Lt. Hams

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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से माग/प्राप्त की "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु विधिवत की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माग की जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/रोगी हेतु प्रदत्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदत्त सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता का निर्णय रोगी/रोगी के लिये माग/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किये गए उक्त का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को प्रत्येक सुझाव और/अथवा करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2/1/19

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)

(Name & Reg. No. of Hospital)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व पंजी. नं.

हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व पंजी. नं.

MASSEY
Administrator

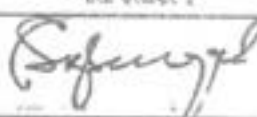
Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
त्रुस्टी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
त्रुस्टी हस्ताक्षर 2

