

20-01-2049

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.



Preop Postop
0760 Tiya Devi

APPLICATION No.: A/0120/0760 APPLICATION DATE: 3/1/2020

NAME of APPLICANT: Tiya Devi AGE-YEARS: 57 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jhabra Ram Saini

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Narkala Teh - Virat Nagar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Jaipur Rajasthan 30419

AS ABOVE

OCCUPATION: Housemaker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 65000 (Attach Proof of Income) NA

PAN No. TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (जो मान्य हो वर पर सही का निशान लगाये) Yes / No हा / नहीं

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1)	Unpal	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1)	diagnosis RE - MSC
	LE - PP
2)	surgery RE - SICs + IOL

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

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD
1)	SCEH	सी गई सहायता यही

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा बताना)

- 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.
 - 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.
 - 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 बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार, सच एवं सही हैं। यदि कोई कथन एवं कथन अलग प्राप्त होता है तो मैं सहायता निषेध की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से तो जानती हूँ, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति में निम्न किया जाएगा, जो इस प्रकार में प्राप्त किया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह राशि नहीं ली है, न ही किसी अन्य सहायता/वैद्यकीय/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा बताना)

- 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/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.

- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या किसी भी इलाक़ के रहने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" मे न्यायी अधिकृत है।
- मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उद्देश्य से प्रकाशित है। मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बचता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

 Raju Devi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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:

- 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.
- 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, हस्ताक्षर की ओर से नामांकित व्यक्ति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु सक्षम नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उस रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच या विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

MASSEY

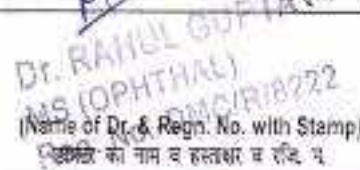
Administrator

Dr. Shroffs Eye Hospital, Al-
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

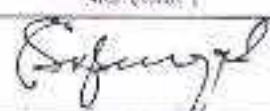
4/1/20

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

