

C26-03-0303

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: A/0320/0982  
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 14-03-2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Shanti Bai  
 AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 60  
 SEX / लिंग: F-

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: Hoshiyar Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Vill - Mamba Khena, Teh - Kishanganj

Dist - Alwar, Rajasthan - 301405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: AS Above.



Pinc of: 0982  
 Post of: Shanti Bai

OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer  
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 76000/-  
 (Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / आई टैक्स 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 चिह्न लगाएं): Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Hoshiyar	68	M	husband
(2)	mohan	39	m	son
(3)	Rajesh	30	m	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosits - RE - MSC LE - PP
(2)	Swigery - LE - SICB + Tol

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

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी
(1)	SCFH	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उस सहायता का अतिरिक्त या समकाल विना किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 it's 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपयोग" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/व्यक्तिगत तस्वीरें/उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी उद्देश्य के लिए प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति से इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायो अधिभूत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोपयोग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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:
- 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.
  - 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.

- हमारा अधिभूत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे 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 वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा लेंगे/प्राप्त करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/समकाल हेतु मन्कुर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मरदर उक्त स्रोत/प्राप्त हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का बंधन नहीं है। हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संयुक्ति  
**Dr. RAHUL**  
**MS (OPHTHAL)**  
**Reg. No.-DMC/R/8222**

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

**C. MASSEY**  
**Administrator**  
**Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्पताल अधिभूत अधिकारी

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 14/03/2020

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यायो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यायो हस्ताक्षर 2