

C18/05/0039

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

A/0518/0063

APPLICATION DATE: 04/05/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Prakash

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

आवेदन का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Ramji Lal

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village - Talwara, Teh. - Mundawar

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

as above



Pre OP. Post OP.
0063 Prakash

OCCUPATION:

Farmer

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

65,000

(Attach Proof of Income)

NA

कुल वार्षिक आय

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय कर संख्या

NA

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

Yes (No)

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर कादाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
①	पुष्कर	60	M	पति
②	सतीश	30	M	पुत्र
③	सुमन	25	F	पुत्री

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरीत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे गरीबों के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE-IMSC LE-IMSC
2	Surgery — RE-STC+IAL

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 ले गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 or from any other source for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से प्रस्तुत नहीं किया गया है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता को, जो इस प्रारूप में उद्देश्य के तहत माँगा गया है, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उद्देश्य के तहत माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए माँगा गया है, इस सहायता का उपयोग करने के लिए नहीं किया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
 - 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 (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जो मेरी प्रार्थना के लिए माँगा गया है, के लिए सहायता माँगने के लिए, जो मेरी प्रार्थना के लिए माँगा गया है, के लिए सहायता माँगने के लिए माँगा गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी द्वारा उपयोग करने के लिए माँगा गया है, जो मेरी प्रार्थना के लिए माँगा गया है, के लिए सहायता माँगने के लिए माँगा गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव को स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगने के लिए माँगा गया है, जो मेरी प्रार्थना के लिए माँगा गया है, के लिए सहायता माँगने के लिए माँगा गया है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा प्रस्तावित उपचार, जो मेरी प्रार्थना के लिए माँगा गया है, के लिए सहायता माँगने के लिए माँगा गया है, के लिए सहायता माँगने के लिए माँगा गया है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/05/18	Dr. Dharm Singh (Name of Doctor, Designation, No. of Bed) हस्ताक्षर का नाम, पद, बिस्तर नंबर	Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु			
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED असम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2