

C18/05/0042

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.: A/0518/0066
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 04/05/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Mewa Devi
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष: 68
SEX लिंग: FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramkumar Yadav
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Malluwas Teh. - Banswar

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above

Pracop. Post OP.
0066 Mewa
DeviOCCUPATION: Farmer
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME: 75,000
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income) NA
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लटकाएं)Yes/No
हां/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 के साथ सम्बन्ध
1	मेवा	68	F	मरीज
2	शमकुमार	71	M	पति
3	साधुराम	40	M	पुत्र
4	नमिता	35	F	पुत्री

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आमसल/दवाखत से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1.	Diagnosis — RE - IMSE LE - PP
2.	Surgery — RE - SICs + IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED जैसे यह सहायता राशी
1.	SCEH	

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, if the assistance for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है जो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस मदद का अधिकार या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 to 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.
- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रस्तुत हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, साक्षात्/दूर उद्देश्यों से जुड़ी प्रचारितियों और प्रचारितियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के पत्रों या पत्रों में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जाएगा।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रस्तुत हैं, सहायता का प्रदान करने वाले इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित प्रचारितियों का निर्माण और साक्षात्कारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature/Thumbprint)
मैं घोषणा करता हूँ

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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 this 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 और से घोषणा/सहमति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किताबें हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से प्रदान न कर सकेंगे:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए की जा रही है, बल्कि कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निम्न अधिकृत/प्रदान हेतु प्रदान नहीं किया जा सकता है तो हमें सहायता किसी अन्य सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता प्रदाता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए सहायता प्रदान करने की सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता प्रदाता से नहीं ले सकते हैं।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उद्देश्य/प्रकार का प्रसारण हेतु यह हस्पताल को सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रदान नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को प्रदान प्रदान और अपने अपने को सही दिशानिर्देशों से सही दिशानिर्देशों की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या विमोचन इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निर्णय लयाये)

ACCEPTANCE

सम्मत

REJECTION

निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/05/18

(Signature)
Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 024084

(Signature)
Dr. Massey
Administrator
Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

☒ **SANCTIONED**
संस्तुति

☐ **REJECTED**
निरस्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

(Signature)