

C18/05/0046

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

A/0518/0069

APPLICATION DATE: 04/05/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Shanti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

आवेदक का नाम

78

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Chumma Ram

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Village - Malluwas, Teh. - Banswar,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

as above

Pre op. Post op.
0069, Shanti

OCCUPATION:

Farmer

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

70,000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

NA

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

Yes/No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

हाँ/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	शान्ति	78	F	मरीज
②	डोमी	45	M	पुत्र
②	महेश	40	M	पुत्र

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE-IMSC LE-MSC
2.	Surgery — LE-SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा भेषा पर)

- 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, of the expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रयत्न की गई है, उस राशि का अधिक या समान किसी अन्य स्रोत/निर्भरक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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 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 my 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 only 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 (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में भर्षा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, धारण/या दूसरे उद्देश्य से दूर दूर तक प्रसारित और प्रकाशित कर सकते हैं। इस प्रारूप में प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। जो प्रारूप का विवरण जो प्रारूप को पढ़ने पर बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस प्रारूप में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और धारणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

 *Dr. Dharm Singh*
2/1/18

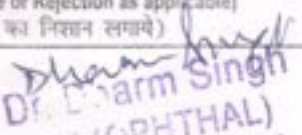
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/एंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) किन्हीं प्रकार से धन्य व स्वीकार नहीं है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उका ली जायगी या लेने का प्रयत्न होगा। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उका के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त अधिकार/कमल हेतु मान्य नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मरर उका ली जायगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या इसप्रकार द्वारा दी गई सहायता या विवरण गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने एंगी के हस्ताक्षर सुका और अपने जाने को सही जिम्मेदारी एवं एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION नसम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/05/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084 (Name of the Doctor, with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Dr. Shroff Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) नाम व पद/हस्ताक्षर एवं छाप	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED नसम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
		