

C18/05/0048

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0518/0071

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/05/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Umrav Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/स्वामी का नाम

Surajbhan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Churda, Teh. - Mundawar,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

As above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय *

70,000

(Attach Proof of Income)

(आप का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता 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 चिह्नन लगाने)

Yes (हाँ) / No (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	उमराव	65	M	भरीज
②	शेरीन	40	M	पुत्र
③	उमराव	35	M	पुत्र

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये बिरत आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE- Brown Cataract LE- LMSC
2	Surgery — RE- SLCS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो:

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



Pre op. Post op.
0071 Umrav
Singh

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 kind for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रारूप को नहीं भेजू, उस सहायता का भुगतान या मुआवज़ा किसी अन्य स्रोत/रोज़गार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

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 donor(s) 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 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) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, या प्रकाशित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिये कर सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित करने से मेरी सहायता के लिये कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। मेरी सहायता के लिये अंतिम और स्वीकार्य निर्णय "कोशिका" द्वारा प्रसारित की जायेगी और मेरी स्वीकृति ही अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

(Signature)
अमर सिंह

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा घोषणा है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, किंतु हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन्य या स्वीकार नहीं करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/पेश की गई सहायता से प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत यह स्वीकार्य है कि सहायता के लिये हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी या हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या हस्पताल द्वारा और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारियां मेरी या हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निश्चय लगायें)

ACCEPTANCE
स्वीकृति

REJECTION
निस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/05/18

(Signature)
Dr. Dharm Singh
(Name of Dr. & Designation to be filled)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ भरें।
Reg. No. 028084

(Signature)
Dr. Shroff
(Name, Designation & Seal of the Hospital, Alwar)
डॉ. श्रोफ़
नाम, पद और हस्ताक्षर, अलवर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
स्वीकृति

REJECTED
निस्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोपक्ष 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोपक्ष 2
(Signature)