

M.R. No. C18/05/0050

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

A/0518/0072

APPLICATION DATE:

04/05/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Bhikha Ram

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

Shankar Sharma

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Majara Ahir, Teh. - Bansur,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Pre op. Post op.
0072 Bhikha
Ram

OCCUPATION:

Farmer

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

62,000

(Attach Proof of Income)

NA

कुल वार्षिक आय

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. ईआईटी खाता संख्या

NA

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

Yes (No)

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
①	श्रीधरराज	78	M	शरीर
②	दशरथ	40	M	पुत्र
③	रुपम	35	F	पुत्री

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या वित्तीय का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न

1

Diagnosis —

RE - IMSC

LE - PP

2

Surgery —

RE - SICCS + IOL

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

जो यह सहायता मिले

1

SCCH

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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाये तो मेरी आवेदन पत्र को निरस्त करने का अधिकार है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु वह प्रार्थना नहीं करूँ, उस विधि का अधिकार या सहायक किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न तो भिन्न है और न ही भविष्य में भिन्न।

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) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में दिये हैं, उनके "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण हेतु उद्देश्य से जहाँ जहाँ आवश्यक हो उनके नाम का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायक का हस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature/Thumb Impression)

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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से सहायक हेतु निम्नलिखित की जाती है, कि हम (हस्पताल) किसी प्रकार से नाम या अधिकार नहीं करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से वसूली/प्राप्त न करें या न हो। जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/विवरित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी अधिकृत/प्रमाणित हेतु प्राप्त नहीं किया जाये तो सहायक किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाये कि सहायक प्रमाणित और उक्त हेतु/प्रमाणित हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। सेवे या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायक या किसी अन्य उद्देश्य/उद्देश्य का प्रमाण हेतु प्रमाणित के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में सेवे के हस्ताक्षर प्राप्त और जाने जाने की सही विमर्शनी एवं पुनः हस्ताक्षर को होने और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निरस्त का निशान लगाये)

ACCEPTANCE
स्वीकृति

REJECTION
निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/05/18

(Signature)
Dr Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 028084

(Signature)
Dr. Shaili
Director
Dr. Shaili's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED स्वीकृति	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
		<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>