

C18/05/0051

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No. : A/0518/0073
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 04/05/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : Banvarilal
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष : 70
SEX लिंग : MFATHER'S/SPOUSE'S NAME : Shankar Lal
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान-आवासीय पता

Village - Majara Ahir Teh. - Bansur,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

Pre op. Post op.
0073 BanvarilalOCCUPATION : Farmer
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME : 62,000
कुल वार्षिक आय *(Attach Proof of Income) NA
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का राज है (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)Yes/No
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	बनवारी	70	M	मरीज
②	विनेश	45	M	पुत्र
③	मनोज	40	M	पुत्र

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ष प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED लिये गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण धूर्त कथन प्रस्तुत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त होने के बाद, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह व्यय नहीं है, उस व्यय का भौतिक या वित्तीय हिस्सा किसी अन्य कोष/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न मिले और न ही भविष्य में मिले।

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 fulfillment 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरी नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" दम्पन, प्रसारण, दान, याचनाएं करने उद्देश्य से जुड़े विवरणों और उपलब्धियों को प्रसारित करने के लिए प्रयोग कर सकते हैं। यह प्रकरण का विवरण को प्रसारण के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रयोग के लिए प्रेषित हैं, सहायता का प्रदान करने वाले को सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

केशिका फाउन्डेशन
आवेदक की छाप

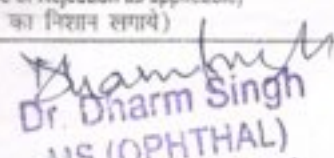
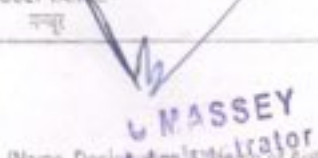

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) हिस्से प्रकरण से प्राप्त या लीकृत करने के।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए प्राप्त की जाये, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिष्ठित उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/प्रदान की जायेगी, तो हमारे किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आमतौर पर वित्तीय सहायता प्रदान करने वाले को सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना होता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का विवरण को उद्देश्य/उद्देश्य का पूर्ण रूप से प्रदान करने के लिए है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुझाव और अपने करने का सही निर्णय लेने एवं हॉस्पिटल को होने और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निर्णय लगायें)		ACCEPTANCE स्वीकृत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Designation of Hospital) डॉक्टर का नाम व हॉस्पिटल का पता	 Dr. Shreyas Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) डॉ. श्रेयास आँखों का हॉस्पिटल, अलवर	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED स्वीकृत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
		