

C18/05/0077

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
FOUNDATION

APPLICATION No. :

अवेदन संख्या :

A/0518/0079

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

07/05/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vidhya Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Sawai Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Balba Ka Bass, Teh. - Bansur,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय *

80,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

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

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 से संबंध
1	Sawai Singh	75	M	Son Husband
2	Ghamshyam	32	M	Son
3	Pudha	35	M	Son
4	Kailash	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरीत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित नुस्खी संलग्न
1	Diagnosis — RE-IMSC LE-IMSC
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 मिल चुकी है:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता पाने
1	SCFH	

Pre OP Post OP
0079 Vidhya
Devi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कहा जाएगा तब मात्र है जो मेरी जानकारी के अनुसार सत्य हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से उक्त राशि के लिए कोई भी अन्य प्रकार का भुगतान नहीं कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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.
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ बाईं छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके निरूपकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, वाचनालय द्वाारा उद्देश्य से मुझे उपलब्ध कराने के लिए प्रसारित करे।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि फाउंडेशन के उद्देश्यों के प्रसारण हेतु प्रयोग किया जा सकता है, इस मामले में "कोशिका" द्वारा उक्त निरूपकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाईं बाईं छाप

अर्शक का हस्ताक्षर

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 हमारा संस्थान को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन या भुगतान करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए कर रहे हैं। यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के साध्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाय है तो हमारा संस्थान किसी अन्य सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता सिफारिश/सिफारिश उक्त रोगी/रोगी के सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेने।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने का पूर्ण अधिकार है। सहायता के प्रकार का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने उक्त के प्रकार का निर्णय लेने का पूर्ण अधिकार है और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निस्तुत का निराकरण लगाने)

ACCEPTANCE

संस्तुति

REJECTION

निस्तुत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/05/18

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 028084
(Name of Dr. & Hospital)
डॉक्टर का नाम और हस्पताल का नाम

MASSEY
Administrator
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Address of Hospital)
हस्पताल का नाम, पद और पता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निस्तुत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपक 2