

C18/05/0081

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/0518/0083	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	07/05/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Gulab	AGE-YEARS आयु-वर्ष	70
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम	Kishor Yadav		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता			
Village - Bahram Ka Bass, Teh. - Banswar,			
Dist. - Alwar, Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता			
as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	Farmer		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय *	80,000	(Attach Proof of Income) (आय 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 निशान लगाएं)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Kishor	70	M
2	Sharmila	25	M
3	Bud Ram	24	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Husband			
Son			
Son			
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) अल्प 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 गुने निम्नी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न		
1	Diagnosis — RE - IMSC LE - Brown Cataract		
2	Surgery — LE - SICS + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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	SCFH		



Preop. Postop.
0083, Gulab

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 nature 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 एवं कथन अथवा सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निषेध की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता के लिये किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड के लिये सहायता मांगने का प्रयत्न नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा सहमति)

- 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 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों, दान, धर्म/कार्य के लिये उद्देश्य से जुड़ी प्रचार/विज्ञापन और जानकारी के लिये किसी भी माध्यम, जैसे कि मुद्रित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, के माध्यम से प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रकरण में मांगे गए सहायता के उद्देश्य से "कोशिका फाउन्डेशन" या उसकी ट्रस्टियाँ इस प्रकरण में सहमति देती हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रस्तुत है, मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 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.

- हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप से सहमत होकर, हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से सहमत होकर स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिये हम किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मांगने के लिये मांगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता मांगने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करता है कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मांगने के लिये मांगी जा रही है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने आप की गयी निगरानी एवं दवाइयों की होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्तुत का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सत्य	REJECTION असत्य
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/05/18	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084 (Name of Dr. & Reg. No.) डॉ. धर्म सिंह, एम.एस. (ऑफ्थलमोलॉजी) रजि. नं. 028084	Dr. Shroffia (Name, Designation & Reg. No. of Authorized Signatory) डॉ. श्रोफिया, एम.एस. (ऑफ्थलमोलॉजी)	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED सत्य	REJECTED असत्य	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2