

C18/05/0083

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/0518/0085	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	07/05/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Rama Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	70
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्र का नाम	Hajari Singh		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता			
Village - Lohat, Teh. - Bansiw			
Dist. - Alwar, Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	labourer		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	70,000	(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 लगावे)			
Yes हा 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
1	Hajari Singh	60	M
2	Shor Singh	30	M
3	Nahar Singh	25	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Husband			
Son			
Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विरति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निवृत्ति का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis — RE-IMSC LE-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 लिये गए हैं?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता लगी
1	SCCH		



Prce op. Post op.
0085 Rama
"Devi"

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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.
 - 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.
 - 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 purpose for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही और सत्य हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से उद्देश्य के लिए सहायता प्राप्त करने की योजना नहीं बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

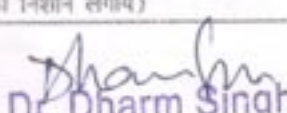
- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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.
 - 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य की जानकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को उपयोग करने के लिए सौंप रहा हूँ। इस जानकारी का उपयोग किसी भी माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, कोशिका फाउन्डेशन को दानों को आमंत्रित करने और उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है। मेरी तस्वीर और उद्देश्य की जानकारी का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य की जानकारी का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के निर्णय पर होगा। मेरी सहमति का उपयोग मेरी सहायता प्राप्त करने या उसे जारी रखने के लिए स्वतंत्रता नहीं देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक 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:
- 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.
 - 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 सहायता देने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश करने की बात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) वह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं जा रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए जा रहे हैं। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का निर्णय हमारे और रोगी के बीच की समझौता के आधार पर होता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का दबाव नहीं है। हमारे हस्पताल में रोगी का उपचार सुचारु और स्वस्थ रूप से चल रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION असम्पूर्ण
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/05/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084	 Dr. Shree Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु			
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED असम्पूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्रथम ट्रस्टी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वितीय ट्रस्टी
		