

C18/05/0196

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0518/0117

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/05/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Bhagwan

AGE-YEARS वय-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Roshan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village - Morindgarh, Teh. - Laxmangarh,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

as above



Presop. Post op.

0117 Bhagwan

OCCUPATION:

व्यवसाय

labourer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय *

30,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. रवाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर पayer हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Greete devi	50	F	wife.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी 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 - LE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लें।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" का अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, पाठ्यक्रम/द्वारा उद्देश्य से जुड़ी पत्रिकाओं और वार्तापत्रों को प्रेषित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण कोशिका फाउंडेशन के पत्रों में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)
अमर

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रचारित/पेश की जाने वाली "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विना प्रकाश से प्राप्त या प्रचारित करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अधिकृत/प्रदान हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं ले सकेगा और सहायता संगठन या किसी अन्य सहाय से नहीं ले सकेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत इस रोगी की सहायता के लिये गये उपचार/उपकरण का शुल्क रोगी एवं हमें सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुल्क और अन्य खर्च को सही विधि/प्रकार से एक सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे)		ACCEPTANCE समर्थ	REJECTION असमर्थ
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/05/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHA) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉ. धर्म सिंह, एमएस (ऑफ्थाल्मोलॉजी) Reg. No. 0000000000		 MASSEY Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Dr. S. Jais Eye Hospital, Alwar नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

 SANCTIONED संमती	 REJECTED असमर्थ	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2