

C/8/05/0218

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/0518/0118	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	21/05/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Banshidhar	AGE-YEARS उम्र-वर्ष	58
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम	Uda Ram		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Village - Baberi, Teh. - Bansur,			
Dist. - Alwar, Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता			
as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	Farmer		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	75,000	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	NA
PAN No. (आपका पास है) आपका पास है	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)			
Yes ☒ No ☐			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Shanti devi.	55	F
2	Ram Singh.	30	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Wife.			
Son.			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी अन्य आधार
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लगे निम्नी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न		
1	Diagnosis - RE - IMSC		
	IF - IMSC		
2	Surgery - IF - SICCS + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है:			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	
1	SCCH		



Prescrip. Post op.
0118 Banshidhar

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास हो जायेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का भुगतान किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 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 पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" का उपयोग करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.पी.एस.ओ., दान, प्रायोजन/प्रचार उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एन.पी.एस.ओ. के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 घोषणा/स्वीकृति को "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, यद्यपि हम (हस्पताल) किन्हीं प्रकार से सहायता नहीं देते।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये की जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त रोगी/रोगी के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/स्वीकृत नहीं की जाती तो हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल पूर्णतः उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता का पूर्णतः उत्तरदायी होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और अपने जाने को सभी उपकरणों एवं दवाइयों की होनी और "कोशिका" को कोई भुविष्य का विषय/परिणाम इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निशान लगाये)		ACCEPTANCE संस्तुति	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/05/18	<i>Dr. Dharm Singh</i> MS (OPHTHAL) (Name, Designation & Regn. No. with Seal) डा. धर्म सिंह (आयुर्वेदिक चिकित्सा) के.एस.ओ.	<i>(Signature)</i> (Name, Designation & Regn. No. with Seal) श्री. श्रोतिस एन. हॉस्पिटल, अलवर	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आयुर्वेदिक अध्यक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आयुर्वेदिक अध्यक्ष 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरास	<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>