

C18/05/0219

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0518/0119

APPLICATION DATE: 21/05/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gindodi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Ramsingh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Kangipura, Teh. - Banswar,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Pre op. Post op.
0119 Gindodi

OCCUPATION:

व्यवसाय

labourer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय *

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. त्थाई 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 (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 संबंध
1	Ram Singh	82	m	Husband.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाखाने से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE-PP LE-TMSC
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 लिये 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 पर:

- 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. No weight will be given if it 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निम्न की जायेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि किसी सहायक हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, उस मदद का कोशिका या सहायक विरुद्ध किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 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 with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके निदेशकों" का अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, प्रकाश/च द्वाारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्तगत के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायक का हकदार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उसके निदेशकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)
(Left Thumb Impression)

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 a 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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु निम्नलिखित की बात है, बिना इस (हस्पताल) किन्हीं प्रकार से धन या सौकरता प्राप्त है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त सौकरतापत्र में लेने का ले रहे हैं। वेने कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/विधि उक्त के समर्थन से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अधिकृत/कल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाये तो हमें किसी अन्य स्रोत या सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त सहायक के लिए नहीं सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक से नहीं लेने-लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह हस्पताल द्वारा जो भी सहायक या बिना यह उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव हमें पूरा विचारण के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमें केवल सुझाव और अपने अपने की सभी जिम्मेदारियों यह हमें सहायक की होगी और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION असम्मत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/05/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name, Designation & Regn. No. with Stamp) Regn. No. 12345	 Dr. Shrivats Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Regn. No. with Stamp)	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

2 SANCTIONED सम्मत	REJECTED असम्मत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इन्द्रका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इन्द्रका 2
		 (Signature of Trustee 1)	 (Signature of Trustee 2)