

C18/05/0220

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: A/0518/0120		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 21/05/18		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Sushila Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 42	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: Mukesh Kumar				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता Village - Bhaupura, Teh. - Bansur, Dist. - Alwar, Rajasthan				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता as above				
OCCUPATION: व्यवसाय: Labourer				
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 70,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या: NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाये): Yes हाँ / 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Mukesh	45	M	Husband
②	Bhupendra Singh	20	M	Son
③	Paawan	17	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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) 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 विवरी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित 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 गयी है:				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि		
2.	SCCH			



Prccor. Post oo.
0120 Sushila
Devi

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 award 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 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 etc. 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 असत्य पाया जाता है तो मेरी महाभारत विपणन को भी खत्म कर दिया जायेगा।

2) मैं दृढ़ता से महाभारत एवम् "कौटिल्य फाउन्डेशन", से जो भी धन लेती हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में धन माया है।

3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस महाभारत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम् का अतिरिक्त का समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

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 प्रश्न पर अपने इस्तेमाल पर अपनी की छात्र संस्था, मैं (अर्हक) अपनी संस्था की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिक" का अधिकृत करता हूँ कि मैं अपने नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायिक, राज. याचक/याचक द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और सहायता के रूप में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण में इस्तेमाल के मामले के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

आवेदक को हमलावा या अंगूठी का निशान

पुस्तकालय
मुंबई

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 it's 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 any 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिष्ठाता, हमाराहरी को और से फायदे/लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हमराहत) विना प्रस्ताव से अन्य व सौकरता प्राप्त है।

- 1) यह कि न से सहायता और न ही अधिक से वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिनी में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्ति उक्त को सहाय्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मकर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अनिश्चितकाल हेतु प्रस्तुत करो किन्तु जहां से ले ले अन्य सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि आमतान वित्ति मकर उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेते।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ले सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी या हमराहत द्वारा दी गई सहायता या विपरीत उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पूरा हमराहत को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई दायता नहीं है। इसविषे हमराहत में रोगी को इलाज सुझा और जने जने को सही जिम्मेदारी रोगी पूरा हमराहत को रोगी और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का विवरण सहित)		ACCEPTANCE स्वीकृत	REJECTION निरस्त
* Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/05/88	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of the Regn. No. with Stamp) राज. नं. 654321	 J. MASSEY Administrator (Name, Designation & Stamp of Hospital, Alwar) Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar जे. ए. ए. हॉस्पिटल अलवर जिला	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

 SANCTIONED मंजूर	REJECTED नमंजूर	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इमरुवा १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इमरुवा २
			