

C/18/05/0236

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

Kosher for health and nutrition

APPLICATION No.:

A/0518/0125

APPLICATION DATE

22/05/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Arjun Inwajar

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Bhawra

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Kundalka, T-4. Thana 93,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above

Prcep. Post op.
0125 Arjun

OCCUPATION:

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

70,000

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण) NA

PAN No. स्थाई आय संख्या

NA

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

Yes ☒ No ☐

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

हाँ ☒ 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	Sister Raim	35	M	Son
2	Premalevi	30	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश 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 Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"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 प्रीस्क्रिप्शन सुद्धे संलग्न
01	Diagnosis - R.E - IMSC I.E - IMSC
02	Surgery - L.E - STCS + 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 नौ गई सहायता राशि
1	SCPH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

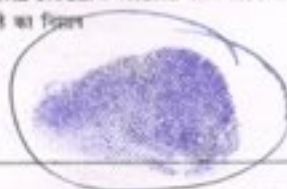
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो भुगतान ले रहा हूँ और न ही ले रहा हूँ।

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 का निशान करके, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" का अधिकृत करने हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रस्तुत हैं, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम (शुद्ध, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक) से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष सहमति के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" मेरी तस्वीरें प्रसारित नहीं करेगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रस्तुत हैं, मुझे सहायता का हक्कदार नहीं बनाएंगे। इस मामले में "कोशिका" फाउन्डेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को 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 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 this 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 और से घोषणा/स्वीकृति की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन या सहायता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त रोगी के लिये की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता प्रदान नहीं करता, तो हमें अपने अधिकृत से उक्त रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता प्रदान करने वाले स्रोत को सहायता प्रदान करने की जिम्मेदारी हमारे पास है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या दवाइयों/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का निर्णय नहीं लेती। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने आप में जारी रहने को सही प्रतिक्रिया देना एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" को कोई धन/सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery अवरोधन की तारीख 24/05/18	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Regn. No. 028084) हस्ताक्षर, पंजीकृत नं. 028084	<i>[Signature]</i> MASSEY (Name, Designation & Address of Hospital) Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar जहाँ मैं पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED सम्मत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 साथी ट्रस्टी 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 साथी ट्रस्टी 2
		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>