

C18/05/0239

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No. :

A/0518/0126

APPLICATION DATE

22/05/18

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

Ghishi Devi

अवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

Ram Karan

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Dabali

Teh - Alwar

POST - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above



Pre op. Post op.
Ghishi
0126 Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय *

70,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

N/A

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 ☐हां ☒ 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
01	घीसी देवी	65	F	स्वयं
02	रामकरन	70	M	पति
03	राजू	49	M	पुत्र
04	राजेश्वरी	46	F	पुत्री

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न
01	Diagnosis - R.E - IMSC L.E - IMSC
02	Surgery - RE - STCS + TOR

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो मद सहायता मिली
01	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 कथित सत्य एवं सही प्रमाण प्रस्तुत करा है जो मेरी घोषणा विरुद्ध हो तो मेरी प्रार्थना को खारिज/रद्द किया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि मैं भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले और न ही सहायता के लिए प्रार्थना करूँ।

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 my activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 is 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 निरूपकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरी छवि, पता और जो विवरण इस प्रारूप में प्रस्तुत हैं, उसे "कोशिका" एवम् पत्राचार, दान, प्रचारण हेतु उद्देश्य से जहाँ आवश्यक हो उसे किसी भी माध्यम (वाचनिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक) से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रस्तुत हैं मुझे सहायता का इलाज की कसूर को दूर करने हेतु सहायता का इलाज करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



आवेदक का निशान
श्रीमती देवी

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 हमारे संस्थान को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) किन्हीं प्रकार से प्राप्त या खोजकर नहीं करेंगे।

1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिए नहीं लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा कर प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/अधिकृत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हमें यह अधिकार सुरक्षित रहता है कि हमें सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही निष्कर्षों तक एवं सहायता की प्रकृति और "कोशिका" की कार्य प्रकृति का विवरण इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) सिफारिश (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE मंजूर	REJECTION खारिज
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/05/18	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Registration No. Stamp) डॉ. धर्म सिंह का हस्ताक्षर व सील नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. S. Massey Director of Hospital, Alwar	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED मंजूर	REJECTED खारिज	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
		[Signature of Trustee 1]	[Signature of Trustee 2]