

C18/05/0266

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No. :

A10518/0130

APPLICATION DATE :

23/05/18

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

Chhoti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

RamNath Raigar

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village - Suratgarh

Teh - Thangazi

Dist - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

as above

Pre op. Post op.  
0130 Chhoti

OCCUPATION :

labourer

TOTAL ANNUAL INCOME :

70,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

N/A

PAN No. स्थायी आय संख्या

N/A

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

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 1                      | Ram Nath                                          | 60                         | M              | husband                                       |
| 2                      | Babu Lal                                          | 35                         | M              | Son                                           |
| 3                      | Sumitra                                           | 30                         | F              | Daughter in law                               |
| 4                      | Poonam                                            | 28                         | M              | Son                                           |
| 5                      | Rajju                                             | 25                         | F              | Daughter in law                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर<br>(प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पर<br>(प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basic/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01                     | Diagnosis - R.E - IMSC<br>L.E - IMSC                                                              |
| 02                     | Surgery - R.E - STCS + TOL                                                                        |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>नी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 7                      | SCCH                                      |                                                         |

**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, of the expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त हो जायेगी।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से स्वीकार करती हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता कराया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु पत्र प्राप्त करने के बाद, उस राशि का अवशेष या कुल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके निरक्षरों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् निरक्षरों, दान, धारण/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम द्वारा प्रसारित करने, के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पाने या कर के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित नहीं किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एवम् उसके निरक्षरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



अशुभा निशानि  
दायी

**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 घोषित/स्वीकृति की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन्य या उत्तरदायी नहीं हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त के सम्पन्न हैं "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/स्वीकृति/प्रदान हेतु प्रदान नहीं किया जाये तो मैं अपने सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस पुष्टि से स्पष्ट करता जाता है कि सहायता प्रदान करने और उसी सहायता हेतु सिफारिश और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेने/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर 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 दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की पूर्ण जिम्मेदारी हमें एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)  
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)

ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
24/05/18

Dr. Dharm Singh  
(Name, Designation & Stamp of Hospital)  
हस्पताल का अधिकृत/निरक्षर का नाम व पद

MASSEY  
(Name, Designation & Stamp of Hospital)  
हस्पताल का अधिकृत/निरक्षर का नाम व पद  
Dr. Shroff Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

| SANCTIONED<br>स्वीकृत | REJECTED<br>अस्वीकृत | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|-----------------------|----------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                       |                      |                                              |                                              |