

C18/05/0269

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

A/0518/0132

APPLICATION DATE: 23/05/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Manni Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Bharat Ram

पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Dhantal, Teh. - Thanagazi,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above


 P.O. Post OP.
 0132 Manni
 Devi

OCCUPATION:

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

80,000

(Attach Proof of Income)

NA

कुल वार्षिक आय *

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

Yes / No

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

हां / 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
01	मुन्नी देवी	55	F	स्वयं
02	सरवराम	61	M	पति
03	रघुवीर	40	M	पुत्र
04	पवन कुमार	19	M	पुत्र
05				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए बिली अक्षर

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE- PP LE- IMSC
2	Surgery — LE- SICs + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किछो अन्य स्रोत से लिय गयी है:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशी
1	SCEF	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

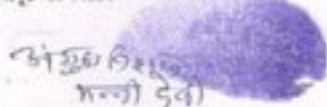
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान प्रदान किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त होने के बाद, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं करूँगा, जिससे कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो भुगतान लूँ और न ही भुगतान के लिये।

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 with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके सचिवों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवम् पत्राचार, दूर, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रस्तुत है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनायेगा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके सचिवों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

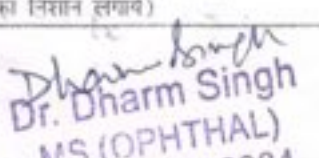
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाईं थंब का निशान

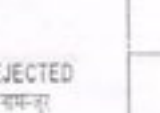

धर्मजी (Dharm Singh)

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. The 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 घोषणा करने की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन या स्वीकृति प्राप्त की।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिये की जायेगी, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पत्राचार द्वारा अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिपूर्वक अस्वीकार/नकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा अधिकार है कि हम किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के अन्तर्गत यह बात है कि हस्पताल पूर्णतः अंतर्गत उक्त रोगी/रोग के लिये मेरी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं उसके परिवार का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही प्रत्येक रोगी एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE समर्थ	REJECTION असमर्थ
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/05/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Regd. No. 128084) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम व रजि. नं.	 S. MASSEY Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) डॉ. एस. मासी Dr. S. Massey Hospital, Alwar	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 सचिवी हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 सचिवी हस्ताक्षर
 SANCTIONED समर्थ	 REJECTED असमर्थ	