

18/05/2018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)	Koshika
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A/0518/0136	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	23/05/18
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Sampati Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	70
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम	Bhima Ram		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Village - Beejaloan Teh - Alwar			
Dist. - Alwar Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
as above			
OCCUPATION : व्यवसाय	Farmer		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	60,000	(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)	N.A
PAN No. स्थायी खाता संख्या	N.A		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)			
Yes हाँ ☐ No नहीं ☒			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
01	सम्पति देवी	70	F
02	भीमाराज	74	M
03	मोती लाल	50	M
04	गंगा देवी	48	F
05	मुन्शी राम	45	M
06	सरोज देवी	40	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
स्वयं			
पति			
पुत्र			
पुत्रपत्नी			
पुत्र			
पुत्रपत्नी			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof बाक कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या निम्नी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न		
1	Diagnosis - R.E - M.S.C L.E - P.P		
2	Surgery - R.E - STCS + T.O.Z		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं:			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी	
1	SCCH		



Preop. Post op.
0136 Sampati
Devi

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

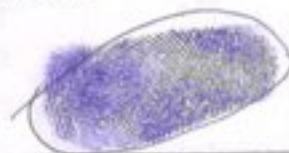
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 kind for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलेगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में उल्लेखित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब अन्यत्र से सहायता नहीं ले रहा हूँ, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में ऐसा 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 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 with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, संचालन/प्रचार हेतु उद्देश्य से जुड़ी प्रचारितियाँ और वित्तियताओं के लिये बिना मेरी सहमति के प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरी इसका विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्पण के लिये उल्लेखित हैं, उन्हें सहायता का हस्ताक्षर करने के बिना इस सहायता को "कोशिका" एम्बुलेंस ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



अंगुठा निशान
सम्यक्ति 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.

- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन या सहायता प्राप्त करें।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता बिना ही सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये कर ले रहे हैं। यदि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तियता उक्त रोगी/रोगी के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/अनुमति हेतु प्राप्त करें कि उक्त रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत/नियोक्ता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल प्रत्येक रोगी/रोगी के लिये सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा सहायता के लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE स्वीकृत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/05/18	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of the Signatory, No. with Seal) डॉ. धर्म सिंह का निशान	(Name, Designation, Address of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION			
SANCTIONED स्वीकृत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2