

C18/05/0267

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/0518/0140	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	23/05/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Shravani Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	70
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुस्थ का नाम	Chhitar Mal		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Village - Kamanwar, Teh. - Bansur,			
Dist. - Alwar, Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता			
as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	Farmer		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	80,000	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	NA
PAN No. स्थाई खाता संख्या	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगावे)			
Yes हा ☐ No नहीं ☒			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
01	श्रावणी देवी	70	M
02	रामशरण	52	M
03	रोशन देवी	45	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न		
1	Diagnosis — RE — PP LE — IMSC		
2	Surgery — LE — STCS + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिलाना क्या हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE लेई गई सहायता राशि
1	SCFH		



Pre op. Post op.
0140 Shravani
Devi

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

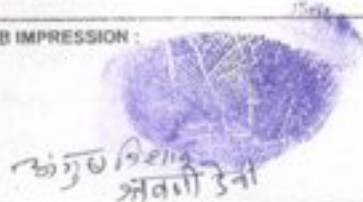
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose" 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 of the expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह व्यय नहीं करूँगा, उस व्यय का वापस या पूरा हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी में न ले लिये 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 & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" का अधिकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् पत्राचार, दूर, संचार/या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रारूप का विवरण या इसका उपयोग करने या कर के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अन्य व्यक्ति से 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 में प्रेषित है, भविष्य में सहायता का इच्छा करने वाले को सहायता के लिये "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अधिकार और संपत्तिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

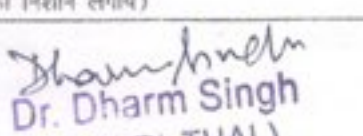
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


डॉ. धर्म सिंह
आंखों की रोग विशेषज्ञ

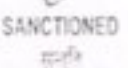
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से घोषणा/स्वीकृति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से धन या सौकरा प्राप्त है:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट करता जाता है कि अस्पताल प्रिंसिपल मदर उक्त रोगी/रोगी के लिये बिना और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तिय प्रकृति को है। रोगी या हमारा हस्तगत इस रोगी का सहायता या किसी भी उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हमारा हस्तगत का होता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य अन्य को सही समय पर सही दवाइयों का होना और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/05/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डा. धर्म सिंह, एम.एस. (ऑफ्थलमोलॉजी) Reg. No. 0280434	 S. K. MASSEY (Name, Designation & Signature of Authorized Signatory) Admin. In-charge of Hospital, Alwar डॉ. एस. के. मासेय, एम.बी.बी.एस. अधीनस्थ अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
 SANCTIONED सम्मत	 REJECTED निरस्त	