

48/05/0287

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

A/0518/0141

APPLICATION DATE : 24/05/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Manni Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम

Manesh Gurjar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Dandolai Teh - Jaipur

Dist - Jaipur Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above

Pre op. Post op.
0141 Manni DeviOCCUPATION :
व्यवसाय

Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय *

70,000

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA.

PAN No. रवायि खाता संख्या

N.A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
01.	Manni Devi	70	F	2-वह
02.	Durga Kumari	45	M	पुत्र
03.	Savitri Devi	43	F	पुत्रवधु
04.	Satish Kumar	38	M	पुत्र
05.	Shilpi Devi	36	F	पुत्रवधु

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
1.	Diagnosis - R.E - IMSC L.E - IMSC
2.	Surgery - RE-STCC + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी स्रोत से प्राप्त राशि
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਮੇਤਕ ਫ਼ਤਹ ਸਿੰਘ ਸਿੱਧੂ**

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं डेटा/आपका नाम गलत है तो सही सहायता प्राप्त की जा सकेगी।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कौशलिक फंडिंग" के तहत की गयी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गयी है, उस सहायता का आश्रित या समकल विराम किसी अन्य स्रोत (एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी) से न ले लिया है और न ही भविष्य में ऐसा करेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (APPLICANT USE ONLY)

- 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 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 solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब हमलगा या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छावनी की छवि बताना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके प्रशासक" को अधिकृत करता हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् प्रकाश, रात्र, राधिका/का द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों में। जानकारी को इनके विचारों को प्रसारित करने, प्रकाशित करने, प्रसारित करने, प्रकाश को प्रसारित करने या कर के करने को हूँ "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हवाला नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एवम् उसके प्रशासकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपेदक के हावभाव पर अंगुठी का निशान

अंगुठा निशान

માનવી દેવ

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH DC 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अविभाज्य, हस्तक्षेप की ओर से सफलतापूर्वक को "अंतरिक्ष फ्लाइट" से मिलित जहाज हेतु विपरीत को जानें है, जिसे हम (अंतरिक्ष) विमान प्रकार से जानें 72 प्रयोग करने है।

- 1) यह कि न तो 'कोशिका' और न ही 'जीवित' में विविध सहायक किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य मूल से उभर ली जायते हैं। जैसे कि हमारे "कोशिका पायन्डेशन" से सिद्धांतगत रूप से सम्भव है "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो कि है। यदि "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा सहायक किसी जीविक/मृत हो सन्तुष्ट हो किम्वत्तु है तो सम्भव है कि किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य सम्पत्ति से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार ये स्पष्ट कहा जात है कि सम्पत्ति विविध मूल से उभर ली जायते हैं।
- 2) "कोशिका पायन्डेशन" से ही नई सहायक कोषा विविध प्रकृति को है। कोषा या सम्पत्ति द्वारा ही नई साकार या जिने नई उपकरण/प्रक्रिया का प्रत्यक्ष लेने एवं सम्पत्ति के बीच का विचार है और "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रहस्य नहीं है। इसीलिए सम्पत्ति में लेने के द्वारा मूल और जन्म जन्म को सही विधि/प्रकार एवं सही सम्पत्ति को लेने और "कोशिका" को कोई भूमिका या विधि/प्रकार इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लक्ष्य)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

25/05/18

Dr. Dharm Singh
MS(OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. & Stamp)
Reg. No. 023084
पञ्जाब चिकित्सा व वैद्यक विश्वविद्यालय

ACCEPTANCE

MACSEY
(Name, Designation & Stamp of Author)
On behalf of
Dr. Shrinivas K. Kulkarni, Author

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE OF TRUSTEE: _____

SANCTIONED
प्राप्ति

REJECTED
-सम-सू-

नाम: पि. वि. वि.