

C18/05/0301

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/0518/0149	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	24/05/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Nahag Ram meena	AGE-YEARS आयु-वर्ष	62
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम	Ramchander meena		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता			
Village - Inopalpur Teh. Thenageri			
Dist - Alwar Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	Labourer		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	70,000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	N/A
PAN No. स्थायी पता संख्या	N/A		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)			
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
1	Sukati devi.		F.
2	Poojan.		M
3	Ram Narayan.		M
4	Bholi devi.		F.
			Daughter-in-law.
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैक 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 विनोद का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न		
1.	Diagnosis - R.E - P.P L.E - MSC		
02	Surgery - IE-STCS + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है:			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि	
1.	SCEH		



Pr. No. 0149 Post. No. Nanag Ram Meena

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 the purpose 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 झूठा बयान एवं कथन अलग घोषणा करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, कि मैं भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से कुछ भी मिले और न ही किसी अन्य स्रोत से।

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/print-up/produce 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 is 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 की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पालकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शित करने के लिये किसी भी माध्यम का उपयोग कर सकें, जिसमें लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी तस्वीर और विवरणों का उपयोग करने के लिये अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं मिलेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उसके पालकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) किम प्रकार से मदद या सहायता प्राप्त करेंगे।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या जो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असहमत हेतु प्रस्तुत की बिना मदद है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता प्रदान करने वाले स्रोत/सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना-लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कोषा निहित प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना मदद उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातों को सही दिशादर्शनी सही एवं हस्पताल की होती 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 लगाये)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/05/18

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 2020004

ACCEPTANCE
मान्यता

REJECTION
निरस्त

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
नाम, पद और हस्ताक्षर
Dr. Shripath Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
मान्यता

REJECTED
निरस्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
पहली हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
दूसरी हस्ताक्षर