

C18/07/0009

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0718/0206

APPLICATION DATE: 02/07/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mansingh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Devisahay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Gounta, Teh. - Bansur,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above

Pre-op. Post-op.
0206 Mansingh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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 / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	वैष्णव साहू	75	M	पिता
2.	राधाश्याम	50	M	बेटा
3.	प्रसवती	45	F	पत्नी
4.	पार्वती	30	F	बेटी

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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE-IMSC LE-IMSC
2.	Surgery — RE-SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: **আবেদক দ্বারা ঘোষণা করা হল:**

liable for rejection/cancellation.

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 for the above expenses.

for which this assistance is requested.

17. यह धारणा करती है कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही और सत्य हैं। प्रकरण प्रारम्भ होने पर यदि कोई भी तथ्य या जानकारी इससे अलग हो जाएगी, तो इसे ज्ञात अवसर पर इस प्रकरण में भरा गया है।

3) ये पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नक को रखा है, उस पक्ष को आशंक या संकलित हिस्सा किसी अन्य प्रस्तावितपक्ष के प्रति नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबल)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 being sought, 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 relevant authorities and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या जंगल की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम,

साथ, फोले और जो विकारम इस प्रश्न में धीमे हैं, उसे "कोलिका" एम्पू ज्यादा, दान, साबुन/का दूसरे उद्देश्य से जुड़ा सतावाये और उपलब्धता के तहत जितने हो सकें।
से पालिश करने के लिए अधिकतम है। मेरे प्रश्न का विकारम मेरे हस्तों को पहले या बाद में करने के लिए "कोलिका काटोरस" में नया भी अधिकृत है।

2) मैं (आपसक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" पक्ष्य उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हवातला या अंगुले का नियामक

A hand-drawn diagram of a cell. It consists of an irregular outer boundary representing the cell membrane. Inside, there is a large, roughly circular nucleus. The nucleus is filled with a stippled or textured pattern, representing nucleoplasm. A single, small, dark dot is located within the nucleus, representing the nucleolus. A line extends from the nucleus to the cell membrane, representing a nuclear pore. The entire diagram is drawn with simple black lines and shading.

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबूल)

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, the Hospital, and 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 अभिप्रेत, इलाहाबादी की ओर से मामले/एंगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से विलियम सवायना हनु शिकारारा को जाता है, जिसमें हमें (इलाहाबादी) अपने प्रकार से अपने प्रेमपूर्ण भावों से

(1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिव्यय में द्वितीय सहायता किसी भी सरकारी साधन या किसी अन्य स्वतंत्र से उठाया जा सकता है तथा न ही उसे कोई व्यक्ति, कर्मी, निदेशक, अधिकारी या शिकारिया/वित्तिय उद्यम के सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अर्थीका/सम्पत्ति हेतु मजूर नहीं किया जाता है तो असम्मतता किसी अन्य भी सरकारी साधन या किसी अन्य सम्पत्ति से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्मतता द्वितीय मरद उठाया योग्य/पात्रले हेतु किसी भी सरकारी साधन या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाटने-टूटने" से सी गई सहायता केवल पितृव्य प्रकृति की है। रोणी पर हमलात द्वारा दी गई सहायता का विषय तब उपकार/प्रतिकार का चुनाव रोणी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने-टूटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमलात में रोणी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोणी एवं हमलात को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

03/07/18

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर धर्म सिंह

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Dr. Shashi K. D. Hospital अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Erasmus

left