

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.: A/1218/0645

APPLICATION DATE: 20/12/18

NAME of APPLICANT: Dhunda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: feli

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

Village - Bawta Teh - Laxmanganj

Dist. - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

as above

OCCUPATION: Glover

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

TOTAL ANNUAL INCOME: 75,000

PAN No. सर्वोच्च खाता संख्या NH

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं):

Yes/No

हाँ/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 से संबंध
1	Phooli Ram	85	M	Father
2	Dhunda Devi	65	F	Self
3				
4				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जो जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RT - IMSC LE - IMSC
2	Surgery - LE - SICR + 20L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि
1	SCCH	

Bawta Postcode
0645 Dhunda

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही और सत्य हैं। किसी भी झूठे विवरण का प्रयोग मेरा आवेदन और जारी की गई सहायता को खारिज करने के लिए पर्याप्त होगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए प्रयोग की जाएगी, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता के लिए रिफंडेशन, पूर्ण या आंशिक, के लिए आवेदन नहीं किया है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए धन募集 और जानकारी फैलाने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग को मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का उपयोग केवल मेरी सहायता के लिए नहीं होगा। सहायता देने या जारी रखने का फैसला केवल "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान)

 **Dr. Dhanda**
dovr

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- हमारे अतिथि, रोगी/रोगी की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए आवेदन नहीं कर रहे हैं, जो हमारे रोगी/रोगी के लिए है, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इसका कोई भी प्रभाव "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता पर नहीं पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (अर्शक की सिफारिश)

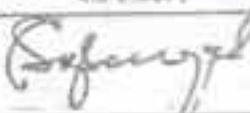
Dr. Dharam Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर और पता के साथ हॉस्पिटल का मुद्रा

J. MASSEY
Administrator

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम और पद के साथ हॉस्पिटल की अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम और हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम और हस्ताक्षर 2

