

C18/12/015

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

A/1218/0648

APPLICATION DATE: 20/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mahatab

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Deep Chandel

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Mathura Teh - Mathura

Dist - Aligarh Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Prior Postcard
0648 Mahatab

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65000

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

NA

PAN No. पैन नंबर

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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	Mordhawal	40	M	Son
2	Phool Singh	35	M	Son
3	Mahendras	32	M	Son
4	Shish Ram	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना होती)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना होती)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना होती)	Any Other Basis/Proof आप कोई कारण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached समाचार/दवाखाने से जोड़ी की गई दवाखाने दवाखाने
1	Diagnosis - RT - MSC LE - IMSC
2	Surgery - RT - SIC + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 तो गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका 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 & ongo 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 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 which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे अस्वीकार किया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अब तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण इस प्रत्येक में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, प्रकाशन, प्रसारण या अन्य मीडिया के माध्यम से विज्ञापन के लिए इस्तेमाल कर सकते हैं। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी के लिए किया जा सकता है। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण के बाद या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यादों, पत्र, प्रकाशन, प्रसारण या अन्य मीडिया के माध्यम से विज्ञापन के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी के लिए किया जा सकता है। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण के बाद या बाद में किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का छाप

R+H
ms/19/10

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.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश करने वाले अधिकृत हस्ताक्षर के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) हम यह स्वीकार करते हैं कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार है। यह पुष्टि करने के लिए है कि हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया जा रहा है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. Dharm Singh के लिए, संलग्न

C. MASSEY

Administrator

Dr. Shroffs Eye Hospital, Ameer
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
यह वहाँ हमारे अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन का तिथि

21/12/18

MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भारती इशारा 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भारती इशारा 2

[Signature]