

19/01/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/0119/0707
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 7/1/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Urmila
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 60 SEX F
वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Somdukt
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village: Unchhpur Teh. - Bansur
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Dist. Alwar Rajasthan as above
स्थायी निवास पता

Postcode: 0707 Postoffice: Urmila

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 70,000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. 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 लगाएँ) Yes/NO हाँ/नाही

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
(i)	Narayan	25 y	M	son
(ii)	Vikram	20 y	M	son
(iii)	Rakha	18	F	son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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
	Diagnosis: <u>Alc - MSC</u> <u>Ur - PP</u>
	Surgery: <u>Alc - STCS + IOL</u> <u>Ur -</u>

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 की गई सहायता राशि
1	<u>SCCH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, if any, 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सही नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य यानी दंत रोग को दूर करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाना है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रचारित करने के लिये प्रयोग कर सकते हैं, जो मेरी प्रार्थना के लिये सहायता के लिये प्रयोग किया जा रहा है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रेषित है, उसे प्रचारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रचारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



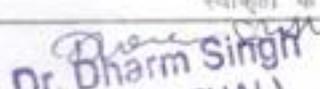
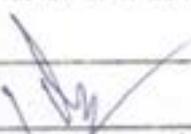
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे अधिकृत अधिकारी की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता या प्रचारित करने हैं।
 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता या प्रचारित करने हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये प्रयोग किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता या प्रचारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रपत्र में सहायता या प्रचारित करने के लिये प्रयोग किया जा रहा है।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या प्रक्रिया का चयन केवल रोगी और हस्पताल के बीच है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता या प्रचारित करने के लिये प्रयोग किया जा रहा है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of the Doctor, No. of Reg. Certificate) 11/11/19	 C. MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Sheela (Name of the Hospital)
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिष्ठ उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2
