

C19/01/0004

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : A/0119/0714
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 01/01/19
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Chameli Devi
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 51
 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ramash Chand
 पिता/सहोदर का नाम



Pre op. 0714
 Post op. Chameli Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Mansarovar colony, Rajgarh, Teh. Rajgarh

Dist. Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : as above

OCCUPATION : Farmer

MARRIED () / UNMARRIED ()

TOTAL ANNUAL INCOME : 70000

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

PAN No. NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएँ) Yes/No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
<u>1</u>	<u>Babu</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>Diagnosis</u> <u>RL - PP</u>
	<u>Ue - IMSC</u>
	<u>Surgery</u> <u>Ue - STCS + TOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कितने अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>SCCH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्सेक डूग घोषण करः)

- 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 applicable 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.

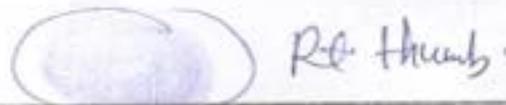
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस डूग में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वापस अवश्य प्राप्त है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस डूग में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रीबाइसमेंट लेऊँगा और न ही किसी भी स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक डूग करः)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 डूग पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्सेक) अपनी छवि की छाप लगाऊँगा एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस डूग में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, मुद्रित, साक्षर/चित्रित उद्देश्य से मुद्रित/प्रकाशित और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस उपयोग के लिए मैंने कोशिका फाउंडेशन को मेरे नाम और पते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत की है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के अधिकृत होने पर प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त माध्यमों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डूग करः)

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 ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिल्कुल हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मदद लेने के लिये, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं है तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज डूग की गई सहायता का निर्णय रोगी/रोगी के बीच और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और सही करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संसृति

MASSEY
ADMINISTRATOR

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
जब व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)

(Name of Doctor & Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टैम्प

9/1/19

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नयाँ हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नयाँ हस्ताक्षर 2

