

C19/01/0006

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

A/0119/0715

APPLICATION DATE: 9/1/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Chando Saini

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

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

Jangli Saini

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill. - Malakhera, Teh. - Malakhera

Dist. Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Prior

Post op.

0715

Chando Saini

OCCUPATION:
व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

70,000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (हाँ) / No (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
(i)	Uttalwati	20	F	daughter
(ii)	meena	22	F	daughter

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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने गले निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपराष्ट्र/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis Rx - IMSC U - IMSC
2	Surgery Rx - SICS + IOL

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 सी गई सहायता राशि
1	steh	

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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पद पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, इस रकम का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट, दान, वाचनादि द्वारा उद्देश्य से चुड़ी विविधियों और उपायों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उसे सहायता या इतराज की वजह से इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयमेंट न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



Left Thumb

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 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, इतराजों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट रकम के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिली अतिरिक्त/समतुल्य हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी रोगी या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त करने हेतु किसी भी रोगी/रोगी रोगी या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। यदि पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या विवरण के अनुसार/प्रक्रिया या प्रत्येक के रूप में हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुआवजा और/या अन्य की ओर जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/1/19	MS (OPHTHAL) Reg. No. - 028084 (Name of Dr. & Reg. No. with stamp) डाक्टर का नाम व इतराज व रजि. नं.	MASSEY Administrator Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जन्म व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--