

C19/01/0096

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0119/0724

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/11/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bhoosi Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Dhani Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Laurji Lala Mahalla, Teh. Kathuman,

Teh. - Kathuman, Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

All above


 Precor. Post of
0724 Bhoosi
Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

69000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 के साथ सम्बन्ध
(i)	Swresh	45	M	Son
(ii)	Omprakash	43	M	son
(iii)	shivcharan	35	M	son
(iv)	ANIL	27	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यटीबी रेखा के साथ 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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 प्रविष्टि सूची संलग्न
1	Diagnosis - Rhe - IMSC Rhe - PP
2	Surgery - Rhe - SICs + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 treatment 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं समय अलग दावा करता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने यादगार हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस रजिस्टर का अधिकार या सहायता किसी अन्य सोर्स/निर्माणाधीन/व्यापारी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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 fulfilment 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 प्रकरण पर मेरी सहमति या मंजूरी की बात समझकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" दवा, उपकरण, दवा, चिकित्सा सुविधाएं और उपकरणों से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रवर्धित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण या इसका कोई हिस्सा या हिस्से को लेकर "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के अर्ज/पत्र में प्रकाशित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" दवा उपकरण उपकरणों का निर्माण और चिकित्सा सुविधाएं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठा का निशान:

Bhooari

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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:

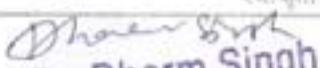
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इससे अधिकृत, इच्छापूर्वी की और से मंच/उपकरणों को "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्माण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्माण सहायता किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी यदि यह सहायता नहीं मिले, तो हमें इससे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रवर्धित प्रदान के समर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्माण अधिकांश/सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल निर्माण मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी यदि किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं होगी/प्राप्त होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल निर्माण प्रवर्धन की है। रोगी का इस्तेमाल इस से नहीं करता या किसी अन्य उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इस्तेमाल चुनाव और करने करने को सभी निर्णयों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 11/1/19	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Signatory with Stamp) Reg. No. 028084	 MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Administrator Dr. Shantis Eye Hospital, Alwar
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे इच्छाकर्ता 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे इच्छाकर्ता 2
