

C19/01/0097

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		A/0119/0726		APPLICATION DATE : आवेदन दिनांक : 10/1/19	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Nihal Singh		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम		Haji Ram			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Pipalwala Mohalla, Katuman, Teh. - Kathumar, Dist. - Alwar, Rajasthan					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as above					
OCCUPATION : व्यवसाय				LABOURER	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				60000	
PAN No. स्थाई खाता संख्या				NA	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पंजीकृत हैं (जो लागू हो उस पर सही 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	
(I)	Chand Parkhade	18 y	M	son	
(II)	Rohit Singh	14 y	M	son	
(III)	Reetika	15	F	daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"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				
1	Diagnosis — Ble — IMSC He — MSC				
2	Surgery — He — STCS + 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 लगी गई सहायता राशि	
1	SCFH				



Pre-op Post-op
0726 Nihal Singh

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 & 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं सत्यता का दावा किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति और अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा माँगी गई सहायता के लिए है, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित कर सकें और/या कोशिका फाउण्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैला सकें। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के उपयोग से मेरी सहायता प्राप्त करने के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के इस उपयोग से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। सहायता देने या न देने का फैसला केवल कोशिका फाउण्डेशन के भरोदारों के पास होगा, और उनका फैसला इस मामले में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप



NIHAL SINGH

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 यहाँ घोषणा की जाती है कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से सहायता माँग रहे हैं, जो कि कोशिका फाउण्डेशन से प्राप्त होगी।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँग रहे हैं, जो कि कोशिका फाउण्डेशन से प्राप्त होगी। यदि कोशिका फाउण्डेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँग सकते हैं। यह घोषणा केवल कोशिका फाउण्डेशन से प्राप्त होने वाली सहायता के लिए है।
- 2) कोशिका फाउण्डेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार के चयन का फैसला रोगी और हस्पताल के बीच होता है, जो कि कोशिका फाउण्डेशन से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा का ज़िम्मेदार होना होगा, और कोशिका फाउण्डेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/1/19	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. W. Raghunath, M.D., F.R.C.S. (C)) हस्ताक्षर का नाम और पद	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shantis Eye Hospital अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आमंत्रित हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आमंत्रित हस्ताक्षर 2
--	--