

019/01/0067

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : A/0119/0750

APPLICATION DATE : 15/1/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Surji Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 79
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम Basanta Das

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vill. - Anantpur, Teh. Bansur,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

as above



Pre-op. Post-op.
0750 Swiji
Devi

OCCUPATION :
व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 70000

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

PAN No. स्थायी आयकर 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 चिह्न लगाएं)

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)	Bandini	35	F	daughter
(ii)	Bimla	33	F	"
(iii)	Santhos	32	F	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RLE - Aphakia LLE - IMSC
2.	Surgery RLE - LLE - SICCS + 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 इस सहायता राशी
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 पर यहाँ है कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे सत्यापन निराधार भी कर सकती हूँ।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता मिले "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यहाँ है कि मैं किसी सहायता के रूप में प्रदान की गई है, उस प्रतीक का मुझसे या किसी अन्य व्यक्ति/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (under 18 yrs)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्हता) अवगत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोदान है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, चिकित्सा सुनिश्चित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और/या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण और इसके उपयोग के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कबलक से उपरोक्त में प्रदान है मुझे प्राप्त: कबलक का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेक्ष के अनुसार यह और भी बढ़ाया जा सकता है।



AGREEMENT by HOSPITAL (check one with)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर, इसायाही की जगह से सामने/पीछे की "सोलिदा यन्त्राईकन" से मिलित सहायक हेतु विवरणित भी पता चलेंगे, जिसे हम (दुसरा) नियम प्रकाश से मान्य न समीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ਸਮੀਖਿਆ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/01/19		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shreshth Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 माननीय हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 माननीय हस्ताक्षर 2 			