

019/01/0145

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/0119/0753
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 14/11/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bhup Singh
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 72
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramjilal
पिता/वधू का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Village - Nagala Char, Teh - Deeg,

Dist Bharatpur Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
as above

Pr. op. Post op.
0753 Bhup Singh

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 65000
कुल वार्षिक आय

(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 करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हा / नहीं HA

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
<u>i</u>	<u>Marji</u>	<u>62</u>	<u>f</u>	<u>wife</u>
<u>ii</u>	<u>Chitram</u>	<u>30</u>	<u>m</u>	<u>Son</u>

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) आय 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 विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि/पत्र संलग्न
	<u>Diagnosis - Rhe - IMSC</u>
	<u>He - IMSC</u>
	<u>Surgery - Rhe - SICST 201</u>

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 सी गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>SCCH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं/वाला असत्य वाक्य प्रयोग है तो मेरी सहायक निवृत्ति की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से प्राप्त की गई सहायक, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक 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 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा आयोजित दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस सहमति के बिना ही फाउन्डेशन को मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रयोग के बिना फाउन्डेशन को इसका उपयोग करने का अधिकार है। इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त उपयोग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा का निशान

अर्शदक

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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायक या स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने की आवश्यकता है, क्योंकि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के बिना ही हमें किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 15/1/19	Dr. Dharm Singh (Name of Dr. & Hospital) MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084	Dr. Shroff's Eye Hospital (Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory) हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्रभु त्रुस्टी 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्रभु त्रुस्टी 2 <i>[Signature]</i>
--	--