

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

C/19/02/0700

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0219/0841

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

27/02/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lala Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुन का नाम

mamrai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Near fort, Malakhara, Teh - Malakhara,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Presq.

0841

Postq.

Lala Ram

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

78,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

N/A

PAN No. स्वयं खाता संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर खी का निशान लगाएं)

Yes/No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Neshu	12	F	Son
(11)	AMon	8	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम 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) व्यपधोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMSC IF - IMSC
(2)	Surgery - RE - 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 सी गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & or grant of assistance null & void.

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 कल रहा हूँ कि इस सहायता से मिले गये सभी निवारण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई निवारण एवं कसर असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निराला की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कल रहा हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस सहायता का अंतिम या सफल हिस्सा किसी अन्य फंड/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

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 सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवारण इस प्रकरण में माँगा है, उसे "कोशिका" समूह न्यासीयों, एवं, आवश्यक पर हमारे उद्देश्य से जुड़ी प्रतिनिधियों और दलप्रतिनिधियों को लिखे किसी भी प्रकार संचयन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे इलाज के चले या कर रहे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

M/M/2/21

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

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 समस्त/वेगले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संचयन या किसी अन्य स्रोत से उठा रोपी/प्राप्त में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संचयन या किसी अन्य संचयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठा रोपी/प्राप्त हेतु किसी और सहायता संभव या किसी अन्य संचयन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमारा मत रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही निष्पत्ती रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/09/19	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Registration No. Stamp) Reg. No. 088084	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर एवं मुद्रा अधिकृत अधिकारी Dr. Shrinivas Massey
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1 Sufan	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2 Dr. R. R.
--	--