

019/04/0573

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: A/0419/0011
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 15/04/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Chameli Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 57
SEX लिंग: F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Baleta, Teh. - Malakhara,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Pre-op. 0011
Post-op. Chameli Devi

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई 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 लगावे)

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
1	Jagdish	37	M	Son
2	Vikram Singh	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निशानों 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 लै गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: ଉତ୍ତମେ ଜ୍ଞାତ ସତ୍ୟମାନୁସାରେ

- 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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन आशय प्राप्त करता है तो मेरी सहमति निराह की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता यथा "कीटियायक परामर्शदाता", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि निरा सहायता हेतु यह प्रत्येक की पूर्ति है, का यथा का आशयक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जा रही है और न ही भविष्य में ली जा

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰੀ)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, पत्र, साप्ताहिक या दूसरे माध्यम से मुझे सविधिकरण और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक से इम्तज़ा या अंगुली का निशान



पञ्चली देवी

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

इससे अधिकतर इलाकों की ओर से मांगते-देती की "बेसिलिस साइन्स" से विविध सामग्रियों की खाली है, जिसे इन (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही पब्लिक में एक्टिव सहभागिता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से उभरती/पासती है बल्कि यह तो है, योंकि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से निजोरीकरण/विपरीत उभर के सम्मुख में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहभागिता किसी कर्मचारी/संस्थान हेतु प्रारंभ नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहभागिता होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस प्रश्न में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला एक्टिव प्रारंभ उभरती/पासती हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं संभव/एगी।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ही नई सहभागिता कोषा निमित्त प्रवृत्ति की है। एजेंसी पर हमारा दृष्टि दो वर्षों में रहता है किने नये उपचार/प्रक्रिया का प्रारंभ एजेंसी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसीलिए हमारा दृष्टि एजेंसी के हस्तगत सुझाव और हमने जाने की तरीके/विधियों एजेंसी एवं हमारा की होती है और "कोलिका" की कोई भविष्य या निमित्त/एगी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती ये दिव् संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑनरेशन की शरीर

15/04/19

Dr. Dharm Singh
(MS OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with State
Regn. No. & State)

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
Dr. Shroff
Administrator
Dr. Shroff's Eye Hospital)
मामे व पद प्रमाणित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इन्द्रधर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २

1028