

C19/04/0806

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: A/0419/0064
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 22/4/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Dhanya Ram
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 79
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kalu Ram
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Barchheda, Teh. - Bansur,

Dist - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Prcep. 0064 Postor. Dhanya Ram

OCCUPATION: Laborer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 78000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) POI
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खात संख्या: N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes/हाँ
No/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)	Pappu Ram	48	M	Son
(ii)	Vinesth	42	M	Son
	Lala Ram	39	M	Son

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नाम निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RHE IMSC LE - IMSC
2.	Surgery - RE - SICR + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सही गई सहायता राशि
1.	SCPM	

DECLARATION by APPLICANT: અભ્યર્થક દ્વારા ઘોષના વચ્ચે:

- 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कतल है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाय जहाँ है तो मेरी सहायता निरास की जा सकेगी।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतल है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सहायता का व्ययिक या सरकारी विवरण किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (showing that work)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 मुहुरत को छाप साधकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सन्धि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीया है, उसे "कोशिका" द्वारा भ्राता, चार, सम्बन्धित दूसरे उद्देश्य से चुकी परिस्थितियों और उपयोगों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व भ्राता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि छात्रालय के उद्देश्यों से दीया है, पूर्ण स्वतः छात्रालय का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भ्राताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 અભ્યર્થક નો હસ્તાક્ષર અથવા ડાબા ટુંબ નો અવિરત

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से 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 अधिष्ठाता, इलाहाबाद की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश भी करती 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 सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्ग में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किफाई उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय कोशिका/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्थान या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उक्त रोगी/मार्ग हेतु किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य सारग से नहीं लेने/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वयं नहीं है। इसीसे हस्पताल में रोगी को हस्तगत मुरख और अन्य अन्य भी सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भाग्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

২২/৫/১৭.

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Reg. No. 028084

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Dr. Shroff's Eye Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाथी ठाकुर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्तकर्ता २

09.08.2018