

C19/06/0984

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: A/0819/0401

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 03/08/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Manphorli

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Shiv Lal



Keop. 0401  
Postop. Manphorli

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता  
Village - Jantipura, Teh. - Alwar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता  
Dist. - Alwar, Rajasthan  
as above

OCCUPATION / व्यवसाय: House Wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 66,000

(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 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीसी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE - MSC / TP LE - MSC
②	Surgery - LE - 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 / ली गई सहायता राशि
①	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वा कर्त)**

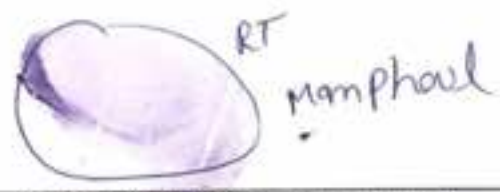
- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 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 कर्त हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ कर्त हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो पैसा ले रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पद किया है।
- 3) मैं यहाँ कर्त हूँ कि मैं सहायता हेतु पर प्रार्थना नहीं करूँ। इस पैसा का अधिकार या समकल हिस्सा किसी अन्य ऑटोनियोमक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा कर्त)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/uptireproduce 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 achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दान, वसुधाय दून उद्देश्य से जुड़ो योजितियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और अक्षयकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा कर्त)**

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:

- 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्य/लेगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीके से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिक/सकल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त रोगी/रोगीके हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं सहायता लेगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से जो पैसा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>3/8/19</p>	<p>Dr. <i>[Signature]</i> Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. &amp; Regn. No. <i>[Stamp]</i>) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के रजि. नं.</p>	<p><i>[Signature]</i> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक इस्तेमाल हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---