

C19/8/0711

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0819/0471

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/08/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Asharfi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तुम्य का नाम

Ananda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Tabela Mohalla, Bery, Teh. - Bery.

Dist. - Bhadrachalam, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

as above



P-000P. Post op.
0471 Asharfi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

48000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. सही 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 सम्बन्ध
1	Bhupendra	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/दवाइयाँ से जारी की गई प्रविष्टि/पत्र संलग्न
1.	Diagnosis — RT- PP LE- IMSC
2.	Surgery — LE- SICR + 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 राशी
1.	SCHEM	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेकर 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। कोई भी झूठा बयान मेरे आवेदन और जारी की गई सहायता को खारिज करने योग्य कर देगा।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने "उद्देश्य" के तहत जो सहायता माँगी है, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने व्यय को पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से वापस नहीं लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेकर 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर मैं (अर्शेकर) यहाँ पर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए प्रयोग करने की पूर्ण अधिकार हैं, जो इस फॉर्म में बताया गया है, जिससे वे कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी को आम जनता तक फैला सकें।
- 2) मैं (अर्शेकर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना कोशिका फाउंडेशन को मेरी सहायता जारी करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। इस सहायता को जारी करने का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा ही किया जा सकेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेकर के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

AS KASHI
Rit



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

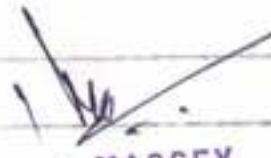
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 considerably 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 this matter.

हम यहाँ पर घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए इस मामले/रोगी के लिए आवेदन कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा कोई भी वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) को अपने आप से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा।

- 1) यह कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा कोई भी वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) को अपने आप से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा।
- 2) कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हॉस्पिटल द्वारा किया जाएगा, जो रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करेगा, और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा। अतः, हॉस्पिटल को उपचार और उसके परिणाम की पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/8/19	Dr. Dharm Singh OPHTHAL Reg. No. 028084 (Name of the Hospital, with its Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुहर	 Dr. MASSEY Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यत्र उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रस्टी हस्ताक्षर 2
