

CLG 8/0708

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0819/0473

APPLICATION DATE : 21/08/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shanti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Horse Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village - Bahaj, Teh. - Deeg,

Dist. - Bharatpur, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

as above



Pre op.

Post op.

0473

Shanti

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

46000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. (आई टैक्स संख्या)

NA

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
1	Mallesh Singh	30	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि 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 रोगनिदान/दवाखुर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE- IMSC LE- RP IMSC
2.	Surgery — LE- Phaco + 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 राशी
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा घोषणा पर):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब भविष्य में नहीं हूँ, अब नहीं या भविष्य में सहायता किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से प्राप्त करने की योजना है और मैं भी भविष्य में नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रारूप पर मेरे हस्ताक्षर या मुद्रा के अंगुलि छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एनएनडी, या, आवश्यकता पड़े पर, अन्य माध्यमों के माध्यम से सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। इस प्रकार मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेरक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुलि छाप

Signature
Left Thumb

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this applicant 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 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जांच के बाद हमारा निष्कर्ष है कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाणों पर विश्वास करते हैं:

- 1) वह कि हम अभी वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए, उसी रोगी के लिए, नहीं कर रहे हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अन्य स्रोत से सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारे अंगुलि छाप के आधार पर किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए, हमारे अंगुलि छाप के आधार पर किया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रेषित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/8/17

Dr. D. Singh
(Name of the Hospital)
Reg. No. 20004

L. MASSEY
Authorized Signatory
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

Signature