

017/09/0511

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/0919/0524
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10/09/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Nongji Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 61
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kishor
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village -> Ghumred, Teh. -> Rajesh

Dist. -> Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Preop. 0524
Post-op. Nongji Devi

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 45000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 से संबंध
1	pitam		m	Son
2	Sampet		m	Son
3	Laxman		m	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी अन्य साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मरे विकारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुक्त/विकारी से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis -> RE + PCIOL IE -> MSC
2	Surgery -> IE -> SICS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशि
1	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरे आवेदन एवं चलते आने वाले सहाय्य को खारिज करने के लिए पर्याप्त होगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली गई सहाय्य, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के माध्यम से नहीं प्राप्त किया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर मेरे हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (अर्शदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का प्रयोग, मुझे सहाय्य के लिए, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही किया जा सकता है, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है। मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का प्रयोग, मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी मेरी सहाय्य के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का प्रयोग, मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी मेरी सहाय्य के लिए किया जा सकता है। इस बात से मेरी सहाय्य के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION

अर्शदक की हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

RT
Nangi'deyi

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature or thumb impression of the Hospital, I (Hospital) hereby agree & authorise Koshika Foundation, 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.
- 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 adopted/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 हस्ताक्षर, हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का प्रयोग, मुझे सहाय्य के लिए, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही किया जा सकता है, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है। मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का प्रयोग, मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी मेरी सहाय्य के लिए किया जा सकता है।
- 1) हम घोषणा करते हैं कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहाय्य नहीं ले रहे हैं, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहाय्य हमारे लिए पर्याप्त नहीं है, तो हम इसे अन्य स्रोत से पूरक कर सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहाय्य केवल वित्तीय है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चयन, जो रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शदक को स्वीकार करने के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी)
11/09/19	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 828084

FOR INTERHOUSE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यथा उपस्थित हूँ

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2