

C19/09/0500

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0919/0535

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/09/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kareem

AGE-YEARS आयु-वर्ष

76

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Ameeza

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village → Naungalkhamadi, Teh. → Laxmangarh

Dist. → Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Preop.

Postop

0535

Kareem

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

45000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएँ)

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	45	m	Son
②	Jokar	43	m	Son
③	Uspek Khan	41	m	Son
④	Akhur	39	m	Son
⑤	Ayan	37	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे मने विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविपेशन सुची संलग्न
①	Diagnosis → RE - Total Cataract LE - PCTOL
②	Surgery → RE - 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 सी गई सहायता राशि
①	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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 यह कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सच हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जायेगा तो मेरी अर्शिका फाउंडेशन को या सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने अर्शिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने भविष्य में भी इस मदद को पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं लेने का फैसला किया है और मैं इसे नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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 securing 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 मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (अर्शिका फाउंडेशन के लिए) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि मैं "अर्शिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में दिए गए हैं, जो "अर्शिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी मदद के लिए प्रयोग किए जा सकते हैं। यह मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से, जिसमें मुद्रा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं, अर्शिका फाउंडेशन को दानों को आमंत्रित करने और/या इसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता है। यह उपयोग मेरी उपचार या मदद के पूर्णपूरण के बाद भी हो सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका फाउंडेशन के लिए) इस फॉर्म पर सहमत हो रहा हूँ कि मेरी मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से, जिसमें मुद्रा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं, अर्शिका फाउंडेशन को मेरी मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से मेरी मदद को सुरक्षित रखने या जारी रखने का कोई भी अधिकार नहीं है। अर्शिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का इस मामले में निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका फाउंडेशन के लिए मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- By affixing hereunder, signature to our authorized 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 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 administered 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.
- यहाँ पर मेरी हस्ताक्षर, हम (अर्शिका फाउंडेशन के लिए) यहाँ पर सहमत हो रहे हैं कि हम "अर्शिका फाउंडेशन" से मेरी मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से, जिसमें मुद्रा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं, अर्शिका फाउंडेशन को मेरी मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से मेरी मदद को सुरक्षित रखने या जारी रखने का कोई भी अधिकार नहीं है। अर्शिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का इस मामले में निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।
- 1) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने अर्शिका फाउंडेशन से मेरी मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से, जिसमें मुद्रा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं, अर्शिका फाउंडेशन को मेरी मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से मेरी मदद को सुरक्षित रखने या जारी रखने का कोई भी अधिकार नहीं है। अर्शिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का इस मामले में निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।
- 2) "अर्शिका फाउंडेशन" से मेरी मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से, जिसमें मुद्रा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं, अर्शिका फाउंडेशन को मेरी मदद के लिए प्रयोग के माध्यम से मेरी मदद को सुरक्षित रखने या जारी रखने का कोई भी अधिकार नहीं है। अर्शिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का इस मामले में निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDATION FOR ACCEPTANCE

अर्शिका फाउंडेशन के लिए मेरी हस्ताक्षर

Date of Surgery
अर्शिका फाउंडेशन के लिए

13/9/19

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 028084

Director, Designated Signatory or Authorized Signatory
अर्शिका फाउंडेशन के लिए मेरी हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका फाउंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अर्शिका फाउंडेशन 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अर्शिका फाउंडेशन 2

[Signature]