

C19/11/0644

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/1119/0637
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 19/11/19
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
 आवेदक का नाम Sarwati

AGE-YEARS आयु-वर्ष 67

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
 पिता/कटुन्य का नाम Rameshwar



Preop Postop
 0637 Sarwati

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता
 Vill: Gotoli Teh: Tizara

Dist: Alwar Baniwarthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता
as above

OCCUPATION: House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 55,000/-

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

PAN No. रवाई खला 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
 हा / नहीं हा 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	Rohitash	40	M	son
2	subhash	38	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोज्य 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 IMSC LF PP
2.	surgery RE - SICCS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई बिलग एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में घोषित है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल डिस्काउंट किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सित है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् व्यक्तियों, गान, वाचना/या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इतना के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से सहायता हेतु सिफारिश करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विधि प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अक्षम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जल्द जल्द की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

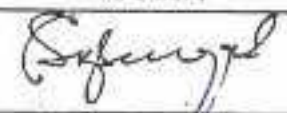
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
20/11/19

Dr. RAHUL GUPTA
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील

Dr. S. MASSEY
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
डॉ. S. नाम के पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
