1-22-09-0814

		RM FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप		(Healthcare (स्वास्थय देखण		Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A 10525	0120	आवेदन 1			Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Singh	AC	SE-YEARS SIET-WE	Male		
FATHER'S/SPOUSE'S NA		ar Singh Do	dre	51	ricee	AN AN	
पिळ/कटुम्म का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRE		र आवासीय पता		6	
Ullager Obu		1wor - 3010		Ray)			
	0	RMANENT RESIDENCE ADDRE		आवासीय पता		Preop Postop	
	Olon	ne as about	0.				
OCCUPATION: /					ADDIED (Staff	तित) र UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof						f Income)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाल संख	SOUDO NA	<u></u>			(आय का साक्य	संलग NA	
ARE YOU AN INCOME TO	AX ASSESSEE (T	ick whichever is applicable): पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हा / नहीं			
पना आप आप कर पड़ा। ह				ETAILS परिवार विवर		The state of the s	
Sr. No. इस संख्या	Nam	ne of Family Member धर के सदस्यों का नाम		e (Years) प्र (वर्ष)	Gender fight	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
1		laxmi braus		57	F	twife	
2	78	Malkit Singh		27	M	Sens	
3	8	indho Jawa		25	M	daughter-un-la	
				- 1			
			-				
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	ASSISTAN	CE (Tick whichever	is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खप्पा प्रति संतन्त्र करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रयाण पत्र को छाया प्रति संसान करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
				esting Assistanci विनती का उर्देश्यः	E:		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिकेदन सूची संलग्न						
	Wighasu RE - Senie Cotonget						
	16 - Senile Catoract						
		Le	2611	ic september			
	Surger	-1 - 1E-	cre	ध्यम् ।	Hanne		
	Sarjer	y - u	2127	WIFIT	201011		
	0						
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	ED for SAM	ME "PURPOSE" from	OTHER SOUR	RCES	
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOUR क्रम संख्या अन्य स्थोत का नाम			The second secon		IT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या						ली गई सहायतः राशी	
	N	7]]					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सत्ती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असला पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्स्त की जा सकती है।
- येर द्वारा जो सहायता राति "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही घींचम 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 fulfilment 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की क्राप लायकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि काता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीमों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फाउ, फोटों और जो जिवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नासी, दान, व्यापना/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रचार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाव के फाटने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाष्ट्रकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनंदक के हस्ताक्षर या अंगुड़े का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (STATES BY WORL)

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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तवान और न हो भविष्य में वितिय सहामता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उक्त रोगी/पायले में लेंगे या ले तो है, वैसे कि हमने "कोशिका पाउन्देशन" हो। सिपारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाउन्देशन" हो। यद "कोशिका फाउन्देशन" हो। सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कॉशिका जात-डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाप रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के लिए सं				
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06 DS 25	Mohd, Rameez Reza (Neme of Dr. a Regn. No. with Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory On Dehalf of Hospital Dr. Shuntist Patrick States in Spital			
	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUND	DATION आन्तरिक उपयोग हेत् ALWAR (Raj.)			
SIGN	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर 2			
ξ	afangel	lite.			