

P-20-12-0254

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
 foundation  
 Building Block of life

APPLICATION No: A/1220/0138 APPLICATION DATE: 03/12/2020  
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sumari AGE-YEARS: 58 SEX: F  
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग



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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
 Village - Hasaifier Mohi Teh - Tizam  
 Dist - Alwar, Rajasthan - 301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
 As above

Post OP: 0138  
 Post OP: Sumari

OCCUPATION: Homemaker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹50,000 (Family) (Attach Proof of Income) (उपलब्धता का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No) 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	Rajak	65	M	Husband
2	Jamshed	36	M	Son
3	Tkbal	34	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार/दवाइयों से चिकित्सा की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosid — RE-PP LE- Senile Cat.
2.	Surgery — LE- SICA+IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि
	NIL	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:**

- 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 revocation/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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य प्रमाण प्राप्त हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता को वह प्रत्येक की गई है, इस प्रति का जमाव या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं किया है और नहीं भी किया जा सकेगा।

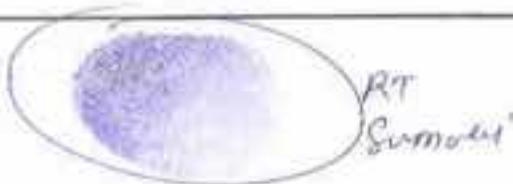
**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करें)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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.
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षरों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोस" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, वाक्य/या दूसरी उद्देश्य से सुदृढ़ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है सुदृढ़ प्रकाश, प्रसारण या प्रकाश नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करें)**

By affixing hereunder, signature of 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से बाध्यकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और हस्ताक्षर संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मन्त्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/मन्त्र हेतु मन्त्रु को किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मन्त्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और हस्ताक्षर संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इतनीसे हस्पताल में रोगी के इच्छा सुनने और जाने जाने को जारी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकारों के लिए संसुति

<p>Date of Surgery अवसर्जन की तारीख</p> <p>10/12/2020</p>	<p><i>Mub...</i></p> <p><b>DR. NUPUR GUPTA</b> MS (OPHTHAL)</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम, पता, हस्ताक्षर व मुहर</p>	<p><i>MASSEY</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory के लिये हस्ताक्षर/मुहर) रोग से प्रद हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Suf...</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>...</i></p>
---	--