

C-21-09-0518

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता डेत्रू आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (ल्लास्पर्स फैलोपाल)	Koshika foundation building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	9109910970	APPLICATION DATE आवेदन तिथि 90/09/2021	 	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Babu Lal	AGE-YEARS वय-वर्ष 63	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Fula	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बदामा आवासीय जगह Village:- Taldwali, Teh - Bawali		
District:- Alwar, Rajasthan - 301419		PreOP 0270	PostOp Babu Lal	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय जगह as above				
OCCUPATION : जबाबदः	Farmers	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (दाय का साक्ष लेना) M A		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	65000/-			
PAN No. एचडी लड्डा नंबर	N/A	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर देते हैं (वो आय हो उस पर सही का मिला जायेगा)				
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 सभी सम्बन्ध
①	Kushma	55	F	wife
②	Parwan	25	M	Son
③	Suniti	20	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) मालिक के लिये लिखित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) परिवार रेल्ला के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अपार दस्तावेज करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास अय लग्न प्राप्ति पत्र (प्रमाण पत्र की अपार दस्तावेज करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचाल कार्ड (प्रमाण पत्र की अपार दस्तावेज करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: मालिक द्वारा किये गये लिखित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached लक्ष्यात्तमीकरण से जड़ी की गई इलिक्सेन सूची संलग्न			
①	D19/2021 :- RE SENILE CAT IC - SENILE CAT			
②	D19/2021 :- LF - ASTHMA CAT IC - ASTHMA CAT			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य से लग जाए अन्य सहायता किसी अन्य स्थान से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
①	NIL			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा लिखा 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 योग्य करता हूं कि इस प्राप्ति से लिखे गए सभी विवरण में जारीकरी के अनुसार सच एवं सही है। यदि ऐसे विवरण एवं कामना वस्तुता बता जाता है तो मेरे सहायता निवास की अपीली है।
 - 2) मेरे द्वारा जो सहायता लिंग "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्णता के लिये किया जाना चाहिए, जो इस प्रधान में भरा गया है।
 - 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विस सहायता ऐसा यह प्राप्ति की गई है, जिस गहरी का अर्थात् जो सकल निवास किसी अन्य संस्था/गिरिधरकर्ता द्वारा कराना जो न तो जित्य है और न ही गविष्य में लिप्त।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा जो आवेदक सहायता की ओर सहायता, जो (आवेदक) जल्दी महाराष्ट्र की पुस्तक कारबोरो और उसके अधीकारी "कोशिका फाउंडेशन" की व्यापकता है एवं जो नाम, चिन्ह, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, वह "कोशिका" एवं नामी, नाम, वाचनावाच दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उद्देश्यों के लिये निम्नी यी प्रमाण प्राप्ति से प्राप्तिग्रहीयता के लिए अधिकृत है। ये प्राप्ति का विवरण ये इतना ज्ञान के गहरे या जहां से कठोर के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" ये जब्ती अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, चिन्ह, फोटो और विवरण जो इस सहायता के उद्देश्यों से जोड़ता है नुस्खे रखा: सहायता का हक्कारा नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके अधीकारी का निर्वाप अंतिम और जात्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अग्नृत का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इधर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यामलेश्वरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विद्युत सहायता हेतु विकारी करी जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) जिन प्रकार से यामल व अन्वेषकर करते हैं।

1. उह कि न तो वर्तीय और न ही भवित्व में विद्युत सहायता यामलों और सरकारी योग्यताएँ यामलों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विकारीय विकारी उक्त के यामल में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरत हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता यामल अविकारीयकरता होता है तो अन्वेषक यामल या यामलों की अविकारीयता या यामलों में लेने का अधिकार सुझित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट करा जाता है कि अविकारीय विकारी उक्त यामल या यामलों में नहीं होता।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता यामल विविध प्रकृति की है। हीरी या हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं सहायता यामल यामलों में लेने के इतना ज्ञान नहीं होता है। यामल यामलों में लेने के इतना ज्ञान और जाने की यामल यामलों में लेने की यामल यामलों में लेने की यामल यामलों में लेने होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery योग्यता की तरीख 21/05/2021	Dr. NUPUR GUPTA MS (OPHTHALM) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Reg. No.-DMC/08822 ग्रंथि. न.	CHARAN MASSEY Adm. Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of the Hospital) Dr. Shreya Eye Hospital निवास अवार्ड
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जावी इस्तमार।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जावी इस्तमार 2