

C-21-09-0765

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता देने आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवागाल)

Koshika  
foundation

APPLICATION No.: आवेदन संख्या : <b>A10321/0296</b>	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : <b>28/09/2021</b>			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : <b>Fakiriyah</b>	AGE-YEARS उम्र-वर्ष : <b>58</b>	SEX लिंग : <b>M</b>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कदम्ब का नाम : <b>Bihari</b>	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पाला <b>Village - Salast Puri, Teh - Tijara, Dist - Rajasthan - 301511</b>			
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पाला <b>as above</b>			
OCCUPATION : जबकि संदर्भ : <b>Farmers</b>	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक व्यय : <b>65,000/- (Family)</b>	(Attach Proof of Income) (व्यय का साथ संलग्न) <b>N/A</b>			
PAN No. स्थाई स्वामी संख्या : <b>N/A</b>	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप व्यय कर रहा है (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगाया)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष) <b>70 Years</b>	Gender लिंग <b>F</b>	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध <b>Wife</b>
<b>1.</b>	<b>Ram (भूमि)</b>	<b>38 Years</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
<b>2.</b>	<b>Girish</b>	<b>37 Years</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
<b>3.</b>	<b>Balram</b>	<b>36 Years</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
<b>4.</b>	<b>Shanti</b>	<b>36 Years</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) जहाया के लिये विनियोग आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) जीडीएस के लिए प्रधान व्यय (प्रधान व्यय की ज़रूरत संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जीएस व्यय की प्रधान व्यय (प्रधान व्यय की ज़रूरत संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान व्यय की ज़रूरत संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: जहाया देने के लिये विनियोग का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिलाइटर से जड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
<b>①</b>	<b>Diagnosis</b> - <b>R.E - TOTAL SENTLE CAT</b> <b>LF - SENTLE CAT</b>			
<b>②</b>	<b>Symptoms</b> - <b>R.E - SENTLE CAT</b> <b>LF - SENTLE CAT</b>			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये 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 AVALIED ही गई सहायता राशि		
<b>③</b>	<b>NIL</b>			



PreOp PostOp  
0256 Fakiriyah

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन पर्याप्त प्रकार:

- 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 प्राप्ति करता हूँ कि इस प्राप्ति ने जिसे मैंने विवरण दी थायी है उसका सभा पर्याप्त है। बारे कोई विवरण एवं कागज अस्तम यथा जाता है तो मैंने इसपर निर्भाव की ओर फ़ूलता हूँ।
  - 2) मैं इस जैसे स्थायी गांधी "कोशिका फाउंडेशन", जैसी जाती है, उसका उपाधि इसे व्यवस्था की शुरू की जिसे किया जायेगा, जो इस प्राप्ति ने भरा गया है।
  - 3) मैं दृष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु अप्लिकेशन को नहीं है, उस रूपात् कि अधिक या सकान विस्तृत बदलाव करनी है जो न तो जिसका है और न ही विवरण में दृष्टा है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन पर्याप्त करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/replicate 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 अप्लिकेशन पर अपने हस्ताक्षर या अपने ही छाप लगाता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिका करता हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और या विवरण इस प्राप्ति में व्योग्यता है, जैसे "कोशिका" एवं नामी, तात्पुरता, उपलब्ध या युद्ध गतिविधियों और उपलब्धियों को जिसे किसी भी प्रस्ताव माध्यम में प्राप्तिकरण के लिए अधिकृत है। ये प्राप्ति का निवारण में इसका जो पहली बार ने करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न व्याप्ती अधिकृत है।
  - 2) मैं (अधिकारी) इस बात से अत्यन्त हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और विवरण को कि गांधीजी के अनुवाचन में प्रतिशत ही युद्ध यथा तात्पुरता नहीं उन्नपाता नहीं आता। इस घटनाएँ में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का विवरण अवैध और वाल्यकारी होता।

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

अधिकारी के हस्ताक्षर या अपने का निराम

L-T  
fakir

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (सकान द्वारा करना)

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 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.

इसपर अधिकृत हस्ताक्षर को और ये न्यायीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण तात्पुरता हेतु निर्दिष्ट की जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) निम्न इकाई से बन्ध या खालीकर करते हैं:

- 1) यह कि न तो बर्थमान और न हो भवित्व में विविध तात्पुरता किसी भी नामी संस्थान का किसी भी स्तर से उक्त योग्यतागत में लिए जा सके रहे हैं, जैसे कि हास्पन्ड "कोशिका फाउंडेशन" में विविध विविध उन्नत के स्तरवर्ग में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देता किसी भी "कोशिका फाउंडेशन" हास्पन्ड याहां विविध अधिकारीयकाल हेतु बन्ना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी भी और ग्रामीण संस्था या किसी भी ग्राम्य सम्पर्क से अस्पताल हेतु जो अधिकारी युक्ति देता है। इस नीचे में स्वयं बधाया जाता है कि अस्पताल द्वारा यह उक्त योग्यतागत में देता होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जीवं गई तात्पुरता को हास्पन्ड द्वारा दी गई तात्पुरता या जिसे गांधी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होता है एवं हस्ताक्षर ये भी जो कि विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी न्यायीयों द्वारा दी गयी इस्तिवादे हस्ताक्षर ने देती के इलाज युक्त और जनन जाने जो गांधी विवरणों देती एवं हस्ताक्षर जीवं गई होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरण ही इस न्यायीयों में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंपोरेशन की तारीख 29/9/21	<b>NUPUR GUPTA</b> MS (OPHTHALM) [Signature with Stamp] Reg. No. DMC/106623	<b>CHARAN MASSEY</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Shree Ganesha Hospital) Dr. Shree Ganesha Hospital, Awar
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		अनंतक उपर्युक्त हैं।
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 