

C21 - 10 - 03/3

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देने आवेदन प्राप्ति(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building Block of life.APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या : A10310392APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि : 18/10/2021NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम

Koshikya

AGE IN YEARS वय वर्ष
46SEX लिंग
FFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पितृका/स्त्रीका नाम

Chetram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कानून अधिकारी जल
Kudahfuri, Alwar, Rajasthan - 301 001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: माल अधिकारी जल

as above

PreOp
0392PostOp
Koshikya

OCCUPATION: Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थाई संख्या संख्या

50000/- (Family)

NA

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(अपने वाले संदर्भ संतान)

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable):

मैं आप आप कर रहा हूँ (वो मात्र हो उस पर सही का विश्वास लाय)

Yes / No
हाँ / नहीं

Sr. No. ब्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम	FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण		Relation with Applicant आवेदक को सम्बन्ध संतान
		Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	
①	Suresh	30	M	Son
②	Maresh	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
उडायत के लिए विनियोग आधार

BPL Card (Attach Card Copy) मण्डी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र के लिए अपने संस्कार करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य अल्प जन इन्ड्रिय एवं (प्रमाण पत्र को अपना प्रति बताया जाए)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र के लिए अपने संस्कार करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

इसका हमें पढ़े हिस्से आ रहे देखें :

Sr. No. ब्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached इसका लिए देखें से जारी की गई अधिकारी सुधी रिपोर्ट		
①	Diagnosis - RE - SENILE CAT LE - P.P.		
②	Surgery - RE - STEROID SURGERY LANTHROPY STEROID SURGERY		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस दस्तऐवां भौं द्वारा अन्य सहायता निवारी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. ब्रम संख्या	NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED हमें एवं रुपयों की रकम
①	NTU	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें

- 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.
- 4) मैं प्रत्याप करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी विवरण निम्नलिखित कानून सह समझ हैं। यदि कोई विवरण इस कानून अनुच्छेद या अधिकार के सम्बन्ध में बदला जाता है तो मेरे विवरण इस कानून के सम्बन्ध में बदला जाता है।
- 5) मैं दूसरों को बताता नहीं हूँ कि कोई विवरण इस कानून के सम्बन्ध में बदला जाता है।
- 6) मैं पूरी करता हूँ कि यह विवरण जो नहीं है, उसका कानून का अधिकार या अन्य कानून के सम्बन्ध में नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करते)

- 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 प्रत्याप ने, अपने हाथों पर लगा करता हूँ, यह "कोशिका पार्टनरशिप" को अधिकृत बताता हूँ कि सेह नहीं, या, जोड़े और जो विवरण इस प्रत्याप में संबंधित है, उसे "कोशिका" द्वारा द्यायी देता जाता है। यह विवरण से कोई गोपनीयता नहीं। वास्तविकता वे दिये गए हैं जो प्राप्त गये हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस कानून से सहमत हूँ कि यह नाम, जन्म, जीवनी और विवरण जो निम्नलिखित के उद्देश्यों से प्राप्ति हो जाएं तब भालूना का बदलाव नहीं चाहता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा किये जाने वाले विवरण जो विवरण के उद्देश्यों से प्राप्ति हो जाएं तब भालूना का बदलाव नहीं चाहता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के छापार का अंगूठे का फ्रिम

AGREEMENT by HOSPITAL (ब्रह्मगढ़ द्वारा करते)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor, will in future give, 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 seek 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.

इसके अधिकृत, द्यावाही नहीं और जो कोशिका को "कोशिका पार्टनरशिप" से निम्नलिखित को बताते हैं, ऐसे ही (ब्रह्मगढ़) निम्न दस्तावेज़ सह संरक्षित करते हैं।

- 1) यह ही न हो, अपना और न ही गोपनीय ने फिर द्यावाही-किसी गैर सामानी संस्थान या किसी अन्य संस्था वे उस द्यावाही-को नहीं बदला देते या दो बदलते हैं। ऐसे कि हाले "कोशिका चार्च-पर्सन" के एकत्रिताधिकारी द्यावा के सम्बन्ध में "कोशिका पार्टनरशिप" द्वारा बदल होते हैं। यह "कोशिका चार्च-पर्सन" द्यावा द्यावाही किसी अन्य संस्थान से द्यावाही देते का अधिकार नहीं है। इस पूर्ण में सहज जहाँ जाता है कि अल्पांतर द्यावाही के द्यावा देते हैं तो उन्हीं ने द्यावाही के सम्बन्ध में सहज जहाँ जाता है कि अल्पांतर द्यावाही के द्यावा देते हैं।
- 2) "कोशिका चार्च-पर्सन" से लो नहीं द्यावाही कंपनी द्यावाही की है। ऐसी पर द्यावाही द्यावा के नहीं द्यावाही की है। यह द्यावाही के नहीं द्यावाही की है। इसलिए द्यावाही के नहीं द्यावाही की है। इसलिए द्यावाही के नहीं द्यावाही की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संकेतिः

CHARAN MASSEY

(Name, Designation, Date)
अधिकृत विवरण
Dr. Shroffs Eye Hospital & Research Center
नगर नगर द्यावाही कालान्तर अधिकारी

Date of Surgery
अंगूठा को रखें
18/10/2021

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
Reg. No. SPMG/08622 with Stamp
द्यावाही को द्यावा व द्यावाही द्यावा है।

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तिम दस्तावेज़ है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
कानूनी दस्तावेज़ 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

कानूनी दस्तावेज़ 2

[Signature]