

C-21-10-0496

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

APPLICATION FORM FOR ASSISTANT

(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवा)

APPLICATION No. : जारी करने वाला संख्या :	A/1021/0405	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	१६/१०/२०२१	
NAME OF APPLICANT: जारी करने वाला नाम :	Balvya Ram	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम :	Son Lal	79		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासन स्थान संकेत पाठ Village - Bagorwas, Sembra, Teh - Bharatpur, Dist - Bharatpur, Rajasthan - 321205				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान संकेत पाठ as above				
OCCUPATION: अपने का काम :	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> (Attach Proof of Income) (आवेदन साथ सहेज)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय :	56,000/-	NA		
IN No. इम्बर नंबर संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या अमेरिका कर दाता है (जो मासिक हो उस पर सही का निशान लगाएँ): Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS सदृश्य विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदृश्य के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant जारी करने वाले सम्पर्क
01	NIL			
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) उपलब्ध की जिवे विवरण अमावस्या				
DPL Card (Attach Card Copy) मरीची रेल के नीचे प्रधान पत्र प्रधान पत्र की जाग त्रिती संस्करण की।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल अंडे वर्ष प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जाग त्रिती संस्करण की)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की जाग त्रिती संस्करण की)	Any Other Base/Proof अन्य कोई साक्ष	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: राजपत्र देते किये गये विवरों का उल्लेख:	
Sl. No. फृग. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पायर/डॉक्टर से आए की भई प्रीट्रेन सूची संलग्न
(i) Diagnosis	- RE - TOTAL SENILE CAT LE - TOTAL SENILE CAT
(ii) Surgery	- LE - STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस बद्दल के हैं कोई अन्य सहायता प्रियों अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALUED हो रही सहायता कीमत
10	NIU	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेट का प्राप्ति करने का:

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं पूर्ण कारण से यह दस्तावेज़ में दिए गए सभी विवरण ऐसे बदलकर बदल नहीं सकता है। मैं इसे विवरण सर्व कारण अवश्य बदल नहीं सकता है।
- 5) मैं इस कारण को "कोशिका फाउंडेशन", से कोई भी भूल नहीं करता हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की खाली पूर्णता के लिये विवरण बदलना, यो इस दस्तावेज़ में भूल नहीं है।
- 6) मैं युट करना हूँ कि विवरण सदृश नहीं बदलना चाहता हूँ, इस पूरी कारणीक या बदलने की विवरण की वाय सोशलिकेसकलोंका फॉर्म से न कोई विवरण है और वही विवरण है जोकि

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेट का प्राप्ति करने का)

- 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 fulfillment 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 दस्तावेज़ का अंदरूनी भी आम साकार, वै (अप्पेलेट) अपनी सहायता को युट करने से एवं "कोशिका फाउंडेशन" को अपेक्षा करना है कि ये उनके लिये विवरण सर्व कारण अवश्य बदलना नहीं करता है। उसे "कोशिका" एवं "ज्ञानी, उप, बालकाला दूषण बढ़ावा" में यही गोपनीयता वाले उल्लंघनों के लिये विवरण भी बदल नहीं सकता है। यह अपार्टमेंट के लिये अधिक है। नीचे प्रवर्तन का विवरण में इसका लिये विवरण यह है कि विवरण को उद्देश्यों से बदला नहीं सकता है।
- 2) मैं (अप्पेलेट) इस दस्तावेज़ में बदलने की विवरण को उद्देश्यों से बदला नहीं सकता है। यह अपार्टमेंट के लिये विवरण भी बदल नहीं सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेक्षा के उल्लंघन का संकेत या विवरण

L-T
Bala Ram

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल का प्राप्ति करने का)

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.

इसके अधिकारी और उसे भागलेहुए होने की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण बदलना नहीं गोपनीय हो पाता है, विवरण दूषण से बदल नहीं सकता है उसके लिये विवरण दूषण से बदल नहीं सकता है। यह इस दस्तावेज़ की विवरण में विवरण बदलना नहीं हो सकता है विवरण दूषण से बदल नहीं सकता है। यह इस दस्तावेज़ के समय में "कोशिका फाउंडेशन" दूषण बदल देता है। यह "कोशिका फाउंडेशन" दूषण विवरण विवरण बदलना दूषण बदलना नहीं हो सकता है। यह इस दस्तावेज़ के समय में विवरण बदलना नहीं हो सकता है।

- 1) यह इस दस्तावेज़ की विवरण में विवरण बदलना नहीं हो सकता है। यह इस दस्तावेज़ के समय में "कोशिका फाउंडेशन" दूषण बदल देता है। यह "कोशिका फाउंडेशन" दूषण विवरण विवरण बदलना दूषण बदलना नहीं हो सकता है। यह इस दस्तावेज़ के समय में विवरण बदलना नहीं हो सकता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" को यह दस्तावेज़ के लिये विवरण बदलना नहीं हो सकता है। यह इस दस्तावेज़ के समय में "कोशिका फाउंडेशन" दूषण बदल देता है। यह "कोशिका फाउंडेशन" दूषण विवरण विवरण बदलना दूषण बदलना नहीं हो सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

NUPUR GUPTA
NUPUR GUPTA के लिए संकेत

Date of Surgery
बीमारी को लाई
20 - 10 - 21

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
Reg. No. PDMC000022
Date of Birth: 20-08-1982

CHARAN MASSEY

Administered by Authorised Signatory
Dr. Shroff
Name, Designation & Address
नाम व डिजिटल अधिकारी का नाम
नाम व डिजिटल अधिकारी का नाम

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आपेक्षा का प्राप्ति करने के लिये

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

S. Gupta

नामी हस्ताक्षर 2