

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता देने आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवागत)	 Koshika foundation building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A/1091/0406	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 19/10/2021		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Lalji Ram Sharma	AGE - YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Ramjiwan	62	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बासिन वासाधीय पाला Village - Chandra Kotani, Malakhera, Teh - Malakhera, Dist - Alwar, Rajasthan - 301406		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पाला as above		
OCCUPATION: अवस्था	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का सापेक्ष संतुल्य)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल सापेक्ष आय	₹2,000/-	0406 Lalji Ram Sharma		
PAN No. स्टार्ट जाइ संख्या	NA	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): आप अमाल कर रहे हैं (जो माप दी उम्मीद पर सही यथा निश्चान लगाएं)				
<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Others				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relationship with Applicant आवेदक के सापेक्ष संतुल्य
1.	Rajesh	26	M	SON
2.	Deepak	23	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित उपाय				
SPL Card (Attach Card Copy) नरीकी देखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप अति चेतावन की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म भव्य वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप अति चेतावन की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप अति चेतावन की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये जाने विचारी का उद्देश्य:				
St. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पायता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis -	RE - SENILE CAT		
		LE - SENILE CAT		
(2)	Surgery -	LE - CTC 720L		
		CTC 720L		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता विचारी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED शोध गई सहायता राशि		
(3)	NILL			

**DECLARATION BY APPLICANT:** आवेदक द्वारा पंक्ति चूँ

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करते हुए)

- 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 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.

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 प्रकार पर अपने इच्छाकार्य का अंदरूनी की ताप सहायता, भै (अवैरेस) अपनी आवश्यकी की उमिट करता है एवं "दोषीयान पारावेन और वाहक अनुष्ठान" की अधिकृत कामा है जिसे मेरे नाम, छोटे और जो विवरण इस प्रकार मेरोंका है, जो "कोरियाक" एवं न्यायो, उन, याचनायां द्वारा बर्तेरात से युक्ती गालियांपैदें और उपलब्धियों के लिये नियमीय भौतिक गालियां  
प्राप्ति करने के लिये अधिकृत है। ये प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के असे का बहुत नीचे बातें के लिए "कोरियाक पारावेन" व यात्रा अधिकृत है।

2) भै (अवैरेस) इस काम के चाहत है कि मेरा काम, चाल, छोटे और विवरण जो कि वाचनायां के बर्तेरात के प्रतिक्रिया है युक्ते स्थान, गालियां का इकट्ठा नहीं याचना है।

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

0102211211

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पित द्वारा करा)

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.

1) यह कि न हो सकता कीरण ही अधिकार में वित्त चापाते हुए विवरण की जाती है, जिसे उम्र (इन्सार) विन इन्सर हो माय ह स्ट्रीट कहते हैं।  
 2) "कोहिका फाइनेंस" द्वारा बदल देते हुए कि इसे अपनी प्रक्रिया विन इन्सर की जाती है और "कोहिका फाइनेंस" द्वारा चापाते हुए अधिकार/साकृत होते बढ़ते नहीं जिसका जाते हैं तो अपना किसी भ्रष्ट या सलाही संस्था का जिसे अन्न चापाते हुए चापाता होने का बड़ीकार सुनिश्चित रखता है। इस पूछते हुए जब कहा जाता है कि अपनात डिलीवर एवं उस एग्जीक्यूटिव ने विन इन्सर की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वाक्षरी के लिए संतुष्टि

Date of Surgery  
अंपेत्कर्म की तिथि  
20/10/24

**Dr. NUPUR GUPTA**  
**MS (OPHTHAL)**  
Reg. No. D-10106821

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

**CHARAN MASSEY**  
(Name, Designation and Authorised Signatory)  
**Dr. Shroffs Hospital, Alwar**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी ट्रस्टी १

Schwarz

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
मासी हस्ताक्षर 2