

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:

आवेदन संख्या :

B1052410M128

APPLICATION DATE:

जारी किये

21/5/2014

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shanthamma

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कपड़ाधर का नाम

D/o Babu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बसंतल जगदीश्वर पाटी

NO 349, Subramangapuram main road, Alwar

Shanthi Sagar Hotel, Hazabali Bridge

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: शाही जगदीश्वर पाटी



Govt Post of  
Alwar Shanthamma

OCCUPATION:

कामगार

Alone mother

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्षण संलग्न)

PAN No. स्पष्टीकृत संख्या

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

मैं आप आय कर रहा हूं (जो मात्र है उस पार महों का विशेष सम्बन्ध)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Babu	57/4	m	Husband
2	K. Raju	54/4	m	Son
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेटर द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति परे दिये गये ममी विवरण में सहायता के बनुदाता साथ एवं मही है। यदि कोई विवरण ऐसे कठबन मानव एवं जल है तो मैंने सहायता शिक्षा की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जैसे सहायता नामे "कोशिका फाउंडेशन", जो ली जा रही है, उसका उपयोग उमी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में आया रहा है।
- 3) मैं पूर्ण जाता हूं कि विस सहायता ही यह प्राप्ति को पूर्ण है, उस पास का अधिकार या सहायता विभाग अब छोटानियोजक/चीम बनानी से न ले लिया है और न ही विवरण में सौंपा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेटर 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या लंबाई को जान रखकर, मैं (अप्लिकेटर) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत जाता हूं कि मैंने नाम, पास, फोटो और जैसे विवरण इस प्राप्ति में प्रयोग किया है, जो "कोशिका" एवं नामों, दूर, वापकता दूरी उद्देश्य से तुरी नालीचिह्नों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तुत वापकता से प्रसवाता बनाने यो लिए, अधिकृत है। मैंने प्राप्ति का विवरण भी उसके बाहर में करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" या नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेटर) इस बात में सहायता ही कि मैंने नाम, पास, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है तुरी स्वतः सहायता का हक्कपत्र नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का लिए अधिक और विवरणकर्ता होता।

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

अप्लिकेटर द्वारा हस्ताक्षर पर लंबाई का लिया

**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.

इसको अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भवयत्वान्वेषी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता ही सिर्फीकरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार ने मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो चाहिया और न ही चाहिया में विविध सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई में लोगों का से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विविध विभिन्न उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हुए कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी विभाग/काल ही मनुष्य नहीं किया जाता है तो असहायता की साकारी अन्य एवं संस्थान से प्रदायत सेवा का अधिकार मुश्यित रहता है। इस पूर्ण में स्वयं काहा जाता है कि असहायता द्वितीय प्रदान उक्त एवं विवरणों से ही किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य साकार से नहीं लिया जाएगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" में भी नई सहायता की सहायता विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई मान्यता या किसी विविध उपचार/प्रक्रिया का सुकार ऐसी ऐसे हस्ताक्षर के लिए किया जाएगा। और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का भी उपचार नहीं है। उत्तिष्ठित हस्ताक्षर में लोगों के इतना सुखा और अनेकों को गारी विवेदारी ऐसी एवं हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" की सार्व भूमिका या किसी दूसरी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

रक्षीकृती के लिए संस्कृति

**Mr. Lakshmipathi N**  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory Area  
on behalf of Hospital)  
नाम व वद हस्ताक्षर अधिकृत विवरण

Date of Surgery अंतिम संस्थान की तारीख <i>21/5/24</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (Name of Dr. डॉ. लक्ष्मी डॉ. लक्ष्मी डॉरेननवर) Consultant, Phaco & Refract.
KMC No. 90248	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपचार होता

**SIGNATURE of TRUSTEE 1:**

नामी हस्ताक्षर 1

*Safayal***SIGNATURE of TRUSTEE 2:**

नामी हस्ताक्षर 2

*Lakshmi*