

C-22-09- 0442

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या:

A/0922/0542

APPLICATION DATE: 12-09-2022  
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम:

Heery Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कानूनी का नाम:

Labh Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village- Dadar Teh- Alwar, Dist- Alwar

Rajasthan - 301001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above.

Koshika  
foundation

Building block of life.

Prep  
0542PostP  
Heery  
Singh

OCCUPATION: Farmer

MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (अजिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

52000/-

(Attach Proof of income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई जाता संख्या

NA

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

कर आय आय कर दाता है (जो मान्य हो उम्म पर सहो का निशान लगाये)

Yes  No 

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
N.I.I				

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साक्ष प्रति संलग्न करें)	आवासीय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साक्ष प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साक्ष प्रति संलग्न करें)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न	
①	Diagnosis RE - PCOL LE - SENILE CATARACT	
②	Surgery - LE - SICS WITH Anna	

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
①	N.I.I	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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 घोषण करता हूं कि इस फॉर्म में लिखे गये सभी विवरण सेवी जनकारी के अनुचित नहीं हैं। यदि कोई विवरण एवं कागज असत्य जाता है तो मेरी सहायता मिलने की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जारी की गयी "कोशिका फाउंडेशन", में लिखी जा रही है, उसका उपयोग उसी उपयोग की तृतीय लिंग के लिये किया जाता है, जो इस प्रकार में था गढ़ है।
- 3) मैं पुर्ण रूप से इस सहायता हेतु यह प्रत्येक को गई है, उस लिये कि आविष्कार या सकल हिस्सा किसी अन्य द्वारा नियोजित बीमा कार्यालयों में व तो लिया है और न हो भविष्य में जैसा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या झोंठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुर्ण रूप से "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामीयों को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और जीवन के विवरण इस प्रकार में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवं नामीय, दर, धार्म, जन्मदिन द्वारा उद्दरेश्य में जुड़ी गतिविधियों द्वारा उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तर सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकार का विवरण में इसका को यहां से बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहायता हूं कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जीवन सहायता की उद्दरेश्यों में व्यापित हैं युक्त स्वतः सहायता का हकार नहीं बनाता। उस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों जो विचार अंतिम और अधिकृत होंगे।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या झोंठे का विवरण



**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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर में यामली/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" में वित्तीय सहायता हेतु विकारीश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार में सम्बन्धित करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही विविध में वित्तीय सहायता किसी भी भाकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त रोगी/मरण में स्थित या न हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकारीश/वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महात्मा विनानी अधिकारक/कर्मचाल हेतु बन्दू नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और भाकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार युक्ति रखता है। इस पुर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परं उक्त रोगी/मरण हेतु किसी भी भाकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेने।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लो यह सहायता कंत्रल विविध प्रकृति की है: योगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सरकार या वित्तीय उपचार/प्रक्रिया का सुनाव रोगी एवं अस्पताल की ओर से कर विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रानी नहीं है। इसलिये अस्पताल में योगी के इसका मूल्य और उक्त जावे की सारी विवेदिता योगी एवं अस्पताल की होती है। "कोशिका" को कोई पूर्मिका या विवेदिता इस मामले में नहीं होती।

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

Date of Surgery अंगीरस की लारी 13/09/22	Dr. WAFI ANSARI MS (OPHTHAL) Reg. No. DMC/RB 199 (Name of Dr. & Reg. No. of Medical Practitioner) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर नं. दिए गए	CHARAN MASSEY Administrator Dr. SHRIKANT EYETHOSURAI, Awar (Name of Administrator & Designated Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्वारक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामीय हस्ताक्षर 2