

C22 -09-1078

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता फैलु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life



APPLICATION No.: 10991 0609 APPLICATION DATE: 01/10/2022
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Rampati AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 67 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lal Singh PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता

Village- Rahmatnagar Sarheta, Teh.- Tizra
District- Alwar, Rajasthan- 301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above.

Post op 0609 Post op
Rampati

OCCUPATION: Home maker (Family) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 5000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्पाई संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) 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
①	Jay Singh	70	m	Husband
②	Namraj	30	m	Son
③	Sharmila	29	f	Daughter-in-Law
④	Himanshu	8	m	Broad Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायता के लिये विनति 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 की ओरा प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओरा प्रति संलग्न करें)	डप्पोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओरा प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

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 लोट मई सहायता राशी
①	NM	

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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये मेरी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच्च एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कठान असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस की जा सकती है।
- 2) मैं दूसरे को सहायता देश "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जानकारी के अनुसार सच्च एवं सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, और इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस लिए का आंशिक या भौतिक या निकल हिस्सा किसी अन्य संस्थानीयोंका/जीमी काम्पनी से नहीं दिया जाता है और न ही भविष्य में लौंग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रयत्न पर जरूरी हस्ताक्षर या आवेदक की लाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, बान, याचनाएँ या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तार माध्यम से प्रमाणित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के प्रहरे या बाहर से करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित हैं युद्ध स्थल, सहायता का प्रकार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बल्लकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का लिपान



Ramprati

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

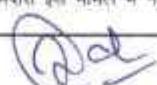
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यास्टोरोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) पिछे प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बातीमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उच्च रोगी/मामले में लागे या न ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियोग उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" हेतु मदर हैं तो कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हेतु सहायता विनियोग आंशिक/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य अस्पताल से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद उच्च रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य मामले से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई सहायता के बाहर वित्तीय प्रक्रिया की होती है और "कोशिका फाउंडेशन" हेतु किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में दी गयी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विम्बलारी दी गयी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विम्बलारी इस मामले में नहीं होगी।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंपांशन की तारीख

1/10/22

Dr. WAFIANSARI
MS (OPHTHAL)
Reg. No. DMC/92-149
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

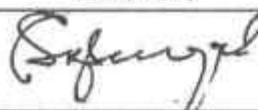
CHARAN MASSEY

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of Hospital)
Dr. Shree Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्रिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

