

C-22- 10-0026

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.



APPLICATION No.: A102210616 APPLICATION DATE: 03/10/2022

NAME of APPLICANT: Kailash AGE-YEARS: 56 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Dharampal PRESENT RESIDENCE ADDRESS: चौमान आवासीय पता

Village - Talsarpur, Sheetal, Teh - 11979, Dist - Alwar

Rajasthan - 301618 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वाही आवासीय पता

As above

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

TOTAL ANNUAL INCOME: 60000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साथ संलग्न) NA

PAN No. स्वाही खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
बहु आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगाये) Yes / No हाँ / नहीं

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	<u>Dharam pal</u>	<u>60</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
②	<u>vijendra</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>son</u>
③	<u>Soniya</u>	<u>30</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>
④	<u>Kunal</u>	<u>8</u>	<u>M</u>	<u>Grand Son</u>
⑤				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनामी आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप भरते संलग्न करें)	अल्प आय वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप भरते संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप भरते संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनामी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूली संलग्न
①	<u>Diagnosis RF - SENILE CATARACT</u> <u>LE - SENILE CATARACT</u>
②	<u>Surgery - LE - SICS WITH PMMA</u>

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 लो गई सहायता राशि
①	<u>Nil</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा: पर:

- 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 स्थित गये सभी विवरण ऐसे जानकारी के अनुसार सत्य एवं महो हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता गणि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के तुलने के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि यह सहायता सेवा यह प्राप्तिना की गई है, उस गणि का आधिकार्य मानक विषयों अवधि/विधिक/वीक्षण कामनों में जो तो नियम है और न हो भविष्य में लौग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कारण)

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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अग्रणी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को दर्शाता हूँ, एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दाता, याचनकारी दूसरे उद्देश्य से दुड़ी गतिविधियों और डफलेंसियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रगति का विवरण ऐसे इताहा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से तहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से दर्शित है युक्त स्वतः सहायता का हक्कदार यही बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अवैत्य और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अग्रणी का लिखान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कारण)

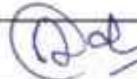
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से माध्यमिकों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) नियन्त्रित नहीं करते हैं।

1) यह कि न ही बर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीकृति से उचित रोगी/मरण में लौगी या ले रही है, ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदृच्छा हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आंशिक/स्कल के हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य समन्वय से सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रहता है। इस पुष्टि में अपने यदृच्छा हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गैर सहायता के बाहर वित्तीय प्रकृति की है: योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का बुनाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच वा विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के इताहा सूचा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी योगी एवं हस्ताक्षर को दोगों और "कोशिका" को कोई सूचिका या जिम्मेदारी इस सामग्री में नहीं होगी।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

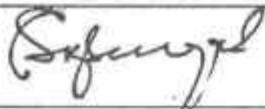
Date of Surgery जापारेन की तारीख 3/10/22	Dr. WAFI ANSARI MS (OPHTHAL) (Name, Reg. No., DMC/93199 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर का विवर)	CHARAN MASSEY (Name, Designation & Signature on behalf of Hospital) Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनारोग उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

