

VRN- c-23-07-1448

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रेखाभाल)APPLICATION NO.: V10723/0633  
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 26/07/23  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Ram Kumar  
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष  
70Koshika  
foundation  
Building block of life.FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mangal  
पिता/कपड़ी का नामSEX लिंग  
MPRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासाय पला  
Badesara, Badesara, Shiswaria,  
Distt. Bharatpur, Rajasthan, 321203

Poreop Postop

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासाय पला

Same as above

OCCUPATION:  
जबरदस्त

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

Secret - (Family)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्थाई नंबर: संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय चर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का निशान 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.	Rambati	64	F	Wife
2.	Arun	34	M	Son
3.	Madhu	31	F	Daughter-in-Law

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताकत प्रति संतरण करो)	अस्पताल/टीकाकरण ले आयी की गई प्रातिवेदन सूची संलग्न (प्रमाण पत्र की ताकत प्रति संतरण करो)	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीकाकरण ले आयी की गई प्रातिवेदन सूची संलग्न	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीकाकरण ले आयी की गई प्रातिवेदन सूची संलग्न		
	RE - Cataract		
	LE - Cataract		
	Surgery - (LE) - SICS + P.MMA		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1.	DBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 ने दिए गए सभी विवरण मरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन असत्य पाया जाता है तो मैं उसपर निरला बोला जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो समालोचन की गयी "कोरिशिका फाउंडेशन", से सभी जा रही है, उसका उपलेख उसी उद्देश्य की तुलने में लिये किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं यूटिट प्राप्ति हूँ कि विस समालोचन हानि यह सम्भव की गई है, ताकि यहाँ का जीविता वा सकल विस्ता जिसी अन्य यूटिटियोजन/बीमा कानूनी से व तो लिया है वही न ही भविष्य में भूगता।

**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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति जो अपने हस्ताक्षर वा छापे की ताकि लगाकर, मैं (आवेदक), अपनी महापत्र की "यूटिट प्राप्ति करता हूँ" एवं "कोरिशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत जारी करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोरिशिका" यूटिट न्यासी, दाता, जानकारी द्वारा उद्देश्य से "तुरंत गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये जिसी भी प्रकार पाप्यम् वा प्रसारित करने के लिए उपयोगिता है। मेरे प्रत्येक का विवरण मैं इसाज के पास हो या बार में करने के लिए "कोरिशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बताने में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्र के उद्देश्यों में प्राप्तित है तुरंत स्वतः महापत्र का डाकदाता नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोरिशिका" एवं उसके न्यासीयों का विशेष अंतिम भौति वाचकता होता।

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

आवेदक के हस्ताक्षर वा छापे का लिया

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसका अधिकृत, हस्ताक्षरी को जोड़े जे वापसी/सीरी को "कोरिशिका फाउंडेशन" से विविध महापत्र द्वारा विकलान की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पाप्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) या कि न हो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध महापत्र जिसी गैर जानकारी संरक्षण वा किसी अन्य रूपाने से उक्त होगी/प्राप्त हो जाए तो उसे तो ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिशिका फाउंडेशन" से विफारित/विकलान उक्त के सम्बन्ध में "कोरिशिका फाउंडेशन" द्वारा यहर देते हैं कि है। यदि "कोरिशिका फाउंडेशन" द्वारा महापत्र विकलान जारीकरण करता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर जानकारी संरक्षण वा किसी अन्य सम्बन्ध में महापत्र देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस यूटिट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त होगी/प्राप्त होते हैं कि जो जानकारी संरक्षण वा किसी अन्य साधन में नहीं लेंगेतोंगी।

2. "कोरिशिका फाउंडेशन" से सभी यह समालोचन कोनसा विविध प्राप्ति की है। होगी पर अस्पताल द्वारा यह सालड या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया वा चुनौती एवं हास्पताल के बीच का विवाह है और "कोरिशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार जो कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इसाज सुना और आवेदन को सही जिम्मेदारी सुनो एवं हास्पताल को होगी और "कोरिशिका" को कोई भूमिका वा विवेदकी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**DR. SURYAN DANISH**

M.B.B.S, M.D., D.M.C., 4B549

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)  
दाक्तर का नाम व हस्ताक्षर व गोद. न.

**Dr. SURYAN DANISH**

M.B.B.S, D.O.M.S, D.N.B.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व वद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यासी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यासी हस्ताक्षर 2