| | | ORM FOR ASSISTANCE त्रु आवेदन प्रारूप | (स्वास्थय | देखपाल) | Koshika foundation | |
|---|--|--|--|---|--|--|
| APPLICATION No. : जावेदन संख्या : | A 0123 | 0935 | APPLICATION DATE : आवेदन तिथी | 31-12-207 | Building block of life. | |
| NAME of APPLICANT | 11 | | AGE-YEARS 3 | ापु-वर्ष SEX वि | rin and | |
| आवेदक का नाम | Jag19. | r Kour | 85 | F | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम | NAME: | | | | | |
| | | PRESENT RESIDENCE ADDRES | ss वर्तमान आवासीय पत | 1 | | |
| Milage-Kali | ka bas | , nesula . Teh - H | war . DIST- | - Hlway | | |
| Rajasthan- | 301030 | | | | Preop pastop | |
| | F | PERMANENT RESIDENCE ADDRES | ss : स्थाई आवासीय पता | | | |
| | | As above | | | oq35° Jagjar kaua | |
| OCCUPATION: ,. | | | | 1 | | |
| व्यवस्थव - | ome mak | वेवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | | | | |
| TOTAL ANNUAL INCO बुल वार्षिक आय PAN No. स्याई खाता स | 5000 | of (Family) | | (Attach Proc | of of Income) ग्रह्म संलग्न) 📈 🏳 | |
| ARE YOU AN INCOME | TAX ASSESSEE | (Tick whichever is applicable): | Yes I/N | 70 | | |
| क्या आप आप कर दाता | है (जो मान्य हो त | उस पर सही का निशान लगाये। | हो /्न | हो] | | |
| Sr. No. | N. | ame of Family Member | AMILY DETAILS परिवार Age (Years) | विवरण Gender | Relation with Applicant | |
| क्रम संख्या | - FIT | रिवार के सदस्यों का नाम | उस (वर्ष) | लिंग | आवेदक के साथ सम्बध | |
| | 17/1 | | | | | |
| | - | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | + | |
| | | | | | | |
| | + | | | | - | |
| | | BASIS for REQUESTING AS | Signa signa grant con the | and to south a bit | | |
| | | सहायता के सिये विनि | ने आधार व | ever is applicable | , | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्नाया प्रति संसरन करे। | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अग्रद वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न व | (At | ition Card tach Copy) पोक्ता कार्र । क्रम्म प्रति संलग्न क | Any Other Basis/Proof অন্য কাৰ্য মাৰ্য | |
| | | | REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्दे | | | |
| Sr. No. | Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | | |
| क्रम संख्या | अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | | | |
| 1 | Digenosis Rt - PCJOI | | | | | |
| 9 | | IF - SENTIE | TATARACT | | | |
| | - M. M. 151 | | 12/24/1/2/2/ | | | |
| | La Lu | MIN | | | | |
| 20 | Sura | Surgery - LE- SICS WITH PMMA | | | | |
| | 1 | | | | | |
| | Į. | | | | | |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILED | | | | |
| - V- | _ | इस उद्देश्य को हेतू कोई अन | | temperature and the property of | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE AM अन्य स्त्रीत का नाम | | AMOU | NT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी | | |
| | Nin | 100 | | | | |
| | | 75.00 | | | | |
| | | 3027 | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा एव:

- 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.
- 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.
- 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 भोषण करता है कि इस प्रकप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है जो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हारा जो सहायदा राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में यस गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोत/मियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही धविष्य में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koahika Foundation and it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरन और उसके व्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पण, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में योक्ति है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उर्द्रेश्य से जुडी मतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाम्यण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इताज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंशन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेपक) इस बता सें सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के ठर्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसको न्यासियों का निर्णय अतिम और बाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंग्रुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल 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 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 Höspital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

in the matter. हमारे अधिकृत, हस्तकृति की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्बेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्स्ताल) निम्न प्रकार से फान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तपान और न ही घनिया में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्टीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनारि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पर्द हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिनाति आशिक/सकल हेतु पन्तुर नहीं किया काता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यास से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रक्षणा है। इस पृष्टि में स्थन्ट कहा खाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद बक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केयल विकिय प्रकृति की है। सेगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हस्यताल
- के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इससिये इस्पतास में रोगी के इसाब सुरक्षा और काने की सारी विम्मेगरी रोगी एवं इस्पतास की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेगरी इस मामले में नहीं होगी।

| कर हाना कार जासाका का का | RECOMMENDED FOR स्थीकृती के लिए | | | |
|---|--|--|--|--|
| Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख 5 1 2.3 | Dr. WAFI ANSARI (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) | CHARAN MASSEY Administrator (Name Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shroff Schalfor (Nospital), Alwar जम व पर शस्पताल अधिकृत अधिकारी | | |
| | FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO | DUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू | | |
| SIGN | IATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताथर । | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी अस्तावर 2 | | |
| ξ | fugel | liet | | |