

C-23-09-0635

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : A/0923/1099APPLICATION DATE : 19-09-2023  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

Kairadi Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

M

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

Laxman Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Changa Bugh, Rajgarh, Teh - Rajgarh, Dist -

Alwar, Rajasthan 301008

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

Present  
1099Postop  
Kairadi  
LalOCCUPATION :  
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

50000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)Yes / No  
हां / नहीं

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)	Ram Bai	70	f	wife
(2)	SHIV RAM	50	m	SON
(3)	LAXSHMI	45	f	daughter in law
(4)	Hemraj	18	m	Grandson

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"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 - STROKE CATHARTIC IF - PCIOL
2	Surgery - RE - STROKE WITH PPTA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी
1	NA	

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथित सहायता प्राप्त जाता है तो मेरे सहायता निवेदन को खारिजी हो सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का सही है, उसका उपयोग उम्मीद की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो निवेदन के और न ही भविष्य में माँगा है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एलम-नकल, दूर, पाठ्यक्रम के द्वारा इंटरनेट से जुड़ी पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के फायदे या हानि से पहले के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से माँगा जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकाशित हैं उसे सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलम-नकल, ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शक या हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Handwritten signature*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

- इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से अनुमोदित हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उधार लेने/प्राप्त करने में कोई बाधा रहे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उधार के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्त/अस्वीकार/सकल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष रूप से उधार लेने/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने काम की पूर्ण जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Vincent*  
**Dr. Mohd. Rameez Reza**  
 M.B.B.S. M.S. Ophthalmology  
 FICO (UK)

(Name of Dr. & Hospital)  
 Reg. No. DMC/R/12598  
 डॉक्टर का नाम व हस्पताल का पता, नं.

*[Signature]*  
 (Name, Designation & Authorised Signatory  
 On behalf of Hospital)  
**CHARAN MASSEY**  
 Administrator  
 डॉक्टर का नाम व हस्पताल का पता, नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत **Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*

*[Signature]*