

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: A/0817/0315
APPLICATION DATE: 11/08/17

NAME of APPLICANT: Deenu Khan
AGE-YEARS: 67 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PAINA KHAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village - GHASOLI Teh - KISHAN GARH BAS

DIST - ALWAR RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME: 70,000

PAN No. NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No) हा / नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA

(Attach Proof of Income) (आय का सत्य संलग्न) NA

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	दीनू	67	M	माता
2	रजनीक	40	M	पुत्र
3	रजनीका	38	F	पुत्री

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 सत्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RE - MSC LE - IMSC
2	SURGERY - RE - SIGS + IOL

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 ली गई सहायता राशी
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्ण या आंशिक, के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नवीन, पत्र, पत्रिका/चित्र, इत्यादि के माध्यम से प्रसारित कर सकें। इस प्रश्न का विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य के लिए ही है। मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए दिये जा रहे हैं, सहायता का हस्ताक्षर करने के बाद इस सहायता में "कोशिका" एवम् उसके नवीन के माध्यम से प्रसारित और प्रयोग करने के लिए अधिकृत होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

दीन सिंह
अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- By affixing her/his signature of our Authorized 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए सिफारिश करने वाले हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं, क्योंकि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि सहायता के लिए हमारे पास कोई भी अन्य सहायता के लिए सिफारिश नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय सहायता ही है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय करने के लिए पूर्ण अधिकार है। हमारे पास सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता के लिए सिफारिश नहीं है। हमारे पास सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता के लिए सिफारिश नहीं है। हमारे पास सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता के लिए सिफारिश नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/08/17	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Register No. with Stamp) हस्ताक्षर की तारीख और डॉ. का पता	Dr. L MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) हस्ताक्षर की तारीख और डॉ. का पता
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शक के उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

Dr. Dharm Singh

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. L Massey