

C18/12/0065

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: A/1218/0610 APPLICATION DATE: 10/12/18
आवेदन क्रमांक: आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Birma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68 SEX लिंग: F
आवेदक का नामFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Haru Singh
पिता/सहोदर का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village - Chashu Lalha, Teh. - Chhatarpur
वर्तमान निवास पताPERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Dist - Aligarh, Rajasthan
स्थायी निवास पताOccupation: Farmer
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME: 70,000 (Attach Proof of Income) NA
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न)PAN No. आय का स्रोत: NA
आय का स्रोतARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं):
Yes (हाँ) / No (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	Shyams	40	M	Son
2	Chandam	38	M	Son
3	Khemu	35	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निशानी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RT-PP LE- MISC
2.	Surgery - LE- SICs + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	SCFI	

Pre-op: Post-op.
0610 Birma

DECLARATION by APPLICANT: सहित: 20 अक्षरों में:

- 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस ज्ञ की सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उपलब्धि की राह में, उस राशि का कोई भी या किसी और स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से पैसे लिये हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Attach this with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संवेदन के प्रकारों का वर्गीकरण



AGREEMENT by HOSPITAL (WOUND CARE UNIT)

By affixing hereunder, 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 अतिथिगत, हमसफरी और और से सम्बन्धितों को "कोविड भाग्यवेत्तन" से विरहित सहायता देना आवश्यकता की जाती है, जिसे हम (हमसफर) निम्न प्रकार से मान्य व मनीषा करते हैं:

- 1.) यह कि न तो भारतीय और न ही पर्यटन में विविध साधन किसी भी साधनी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐप्लीकेशन में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से निपटारा/विपरीत उक्त के साथ-साथ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सदन हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा साधना विधि अस्ति/अस्तित्व हेतु सदन की बिना बात है तो अस्मिता किसी अन्य या साधनी संस्था या किसी अन्य संस्था से साधना लगे का अधिकांश पुष्टि/रखता है। इस पुष्टि में उक्त कहा जाता है कि अस्मिता द्वारा सदन उक्त ऐप्लीकेशन हेतु किसी भी साधनी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह साधना संस्था विविध उद्घृष्ट की है। ऐसी पर इच्छा/इच्छा द्वारा ही यह साधना या बिना लगे उद्घृष्ट/उद्घृष्ट का पुनः ऐप्लीकेशन हेतु अस्मिता में योग का बिना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई उक्त नहीं है। इसीसे इच्छा में ऐप्लीकेशन के उक्त उक्त और लगे लगे की लगे इच्छा/ऐप्लीकेशन ऐप्लीकेशन हेतु और "कोशिका" की कोई अधिकांश या इच्छा/ऐप्लीकेशन द्वारा साधना में लगे लगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतो षष्ठः तिप संज्ञाति

Dr. P. K. ...

Dr. L. Prasad Singh

MS (OPHTHAL)

Reg. No.-028084

नाम के Dr. & Regn. No. with State
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ

...sity

CONCLUSIONS

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

on behalf of Hospital)
मम न पद इत्येतत् अधिकात् अधिकम्

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 資料館 資料用紙

SIGNATURE of TRUSTEE 1

असौ इन्द्राय ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मन्त्री राजेश खन्ना

2018