

C18/12/0081

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0619

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Bhoti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सुपुता का नाम

Bhag Chand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Hariana Teh. - Jaxmangarh.

Dist. - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

70,000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (नहीं)

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Roop Ram                                          | 42                         | M              | Son                                             |
| 2                      | Ashok                                             | 40                         | M              | Son                                             |
|                        | Shiv Dayal                                        | 35                         | M              | Son                                             |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                       |                                                                                           |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अन्य अन्य वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्तृ कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साधन |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवरण सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis — RE- IMSC<br>LE- IMSC                                                            |
| 2                      | Surgery — RE- SICU+ICU                                                                      |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लगे गई सहायता धरती |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1                      | SCCH                                      |                                                          |



Prac. 08. Post op.  
0619 Bhoti

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही-सचकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य-सत्यन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अपने-आप को नहीं, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न जो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 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.
- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" दायम्-उत्पत्ति, दान, वाचनादय द्वारा उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप पर विवरण में प्रकाशित की गई छाप या नाम से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यायो-अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है जुड़ी प्रसारण, प्रकाशित या प्रकाशित नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दायम्-उत्पत्ति न्यायो-अधिकृत और वाचनादय होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

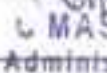
इसके अधिनियम, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में भविष्य में भविष्य सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अधिकृत/अवकाश हेतु सहायता 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 भौतिक सहायता उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन भौतिक प्रदान की है; रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी उपचार/उपचार का प्रभाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों की पूर्ण जिम्मेदारता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भौतिक या किन्हीं-किसी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संमति

  
**Dr. Shroff**  
Administrator

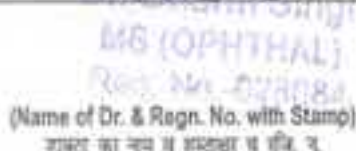
**Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

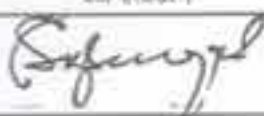
11/12/18

  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, आ

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायो-हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायो-हस्ताक्षर 2

