

C18/12/0123

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life			
APPLICATION No.: A/1218/0631 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 14/12/18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: Jubeda आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 60 वय-वर्ष	SEX: F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mozamal पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village - Nangal Tappa, Teh. - Ramgarh, Dist. - Alwar, Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: as above					
OCCUPATION: Labourer व्यवसाय		MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 70000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) NA (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. NA आवेदक का पैन संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर खी का चिह्न लगाएं)			
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	Sakshi	16	M	Son	
2	Jamalia	43	M	Son	
3	Yakshi	40	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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 विनयी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis	RE- IMSC LE- IMSC			
2	Surgery	LE- SICCS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गये है?					
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	
1	SCCH				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रार्थना 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कबल यह कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत विवरण प्रस्तुत किया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन", से प्राप्त करूँगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान करूँगी और न ही भुगतान के लिए प्रार्थना करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)

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/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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एम्बल्ड, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित करें। इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान करूँगी और न ही भुगतान के लिए प्रार्थना करूँगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

R.H.
Jubeda

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान करण)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यतापूर्ण को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त कर ली जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह समझना होगा कि हमारे पास/हमारे पास अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा और "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी भुक्तान या भुक्तान हेतु प्रार्थना नहीं की जाएगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Dharm Singh

हस्ताक्षर के लिए संस्तुति

MS (OPHTHAL)

Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका व पद

U MASSEY

Administrator

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 हस्ताक्षर

Sufi

Sufi