

C181210202 Raj Kishor

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: A/1218/0653
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 21/12/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Raj Kishor
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष
70SEX लिंग
MFATHER/SPOUSE'S NAME: Shuchand
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Indrai, Teh. - Ferozabad.

Dist. - Ferozabad, Uttar Pradesh.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

Pawar.
0653Post-ns.
Raj
KishorOCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 65000
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. प्राप्त किया गया है NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता हैं (को चयन करें इस पर सही 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 से संबंध
1.	Bhagwan Singh	48	M	Son.
2.	Krishan Pal.	45	M	Son.
3.	Mahipal.	42	M	Son.

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जा सकती है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच की जा सकती है)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच की जा सकती है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE-IMSC LE-PP
2.	Surgery — RE-SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता गरीब
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना गया पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मुझे जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि मेरा नियोक्ता या बीमा कंपनी, से कोई भी भुगतान नहीं कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/upload/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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेदारों को मेरी नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित है, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रपत्र पर मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन के भरोसेदारों के द्वारा किया जा सकता है। इसका उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरी सहायता के लिए नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं 엄지 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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, in 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 अधिक, हमारी ओर से हमारे अधिकृत अधिकारी कोशिका फाउंडेशन को सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों से सहमत हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें कोशिका फाउंडेशन से कोई भी वित्तीय सहायता नहीं मिलेगी, इसलिए हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करने का अधिकार होगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इससे प्रभावित नहीं होगा। उपचार का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को प्रभावित नहीं करेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/12/18	Dr. Dharm Singh (Name of Doctor) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम MS (OPHTHALM) Reg. No. 3028034	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुद्रा) MASSEY Dr. Massey 11, 5th Floor, 1st Main Road, New Delhi
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1 का हस्ताक्षर <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2 का हस्ताक्षर <i>[Signature]</i>	