

Deemee. 018/12/0208.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				Koshika foundation	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				Building Block of life	
APPLICATION No.: A/1218/0655		APPLICATION DATE: 24/12/18			
NAME of APPLICANT: Dime		AGE-YEARS मातृ-वर्ष: 75			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bagdhu		SEX लिंग: M			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता			
Village - Kalaipura, Teh - Tizora,		Dist - Alwar, Rajasthan		Precedence Postcedence	
as above		as above		0655 Dime	
OCCUPATION: Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 70000		(Attach Proof of Income) NA			
PAN No. NA		YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / 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	Ali Mohd	35	M	Son	
2	Kasam	32	M	Son	
3	Kasam	30	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis - RT - IMSC				
	LT - PP				
2	Surgery - RT - STCS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 ली गई सहायता राशि			
3	SCFH				

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 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, or for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई झूठा कथन या कथन गलत पाया जाय है तो मेरी आवेदन पत्र और सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं पुष्टि करता हूँ कि यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी तो मैं उसे केवल उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी अन्य स्रोत के लिए सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/produce 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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों को "उद्देश्य" के लिए सहायता मांगने/प्राप्त करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में दर्ज है, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारित करने के लिए इस्तेमाल करेगा। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या कोशिका फाउंडेशन की गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों के द्वारा प्रसारित करने के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या कोशिका फाउंडेशन की गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

LA
deenu.

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the coe-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.

हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाले हैं, कि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रभाव से ग्रस्त नहीं हैं।

- 1) यह कि मैं या मेरी अधिकृत हस्ताक्षर करने वाली व्यक्ति कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांगने/प्राप्त करने के लिए इस्तेमाल करेगी, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जायेगी। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता से कम है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांगने/प्राप्त करने के लिए इस्तेमाल करेगी।
- 2) कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इसका कोई भी प्रभाव कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता से नहीं होता है।

हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांगने/प्राप्त करने के लिए इस्तेमाल करेगी, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जायेगी। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता से कम है, तो हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता मांगने/प्राप्त करने के लिए इस्तेमाल करेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हॉस्पिटल की सिफारिश के लिए संमति

Dr. Dharm Singh
MB (OPHTHAL)
Reg. No. 028084

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

U MASSEY

Administrator

Dr. Shroff's Eye Hospital, Airoli
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा सहमति)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

Dr. Shroff

Dr. Shroff