

C181210225

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/1218/0661 APPLICATION DATE: 26/12/18  
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kishan AGE-YEARS आयु-वर्ष: 69 SEX लिंग: F  
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Badrin  
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थायी पता  
Village - Basai Kalan, Teh. - Phagwara,  
Dist. - Alwar, Rajasthan  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी स्थायी पता  
As above



P.O. No. 0661 Post of. Kishan

OCCUPATION: Farmer MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 76,000 (Attach Proof of Income) NA  
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No हा/ना

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	Chisamji	40	M	son
2	Phool Singh	35	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किये गए आधार			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC
2	Surgery - LE - SURGICAL

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये जाने वाले से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED से प्राप्त सहायता राशि
1	RCMH	

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाला 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, 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 बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँगा या वास्तविक सत्य बताने में देरी करूँगा तो मेरी आवेदन रिक्त हो या खारिज हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि "कीर्तिका फाउंडेशन", से जो मदद मिले, केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग की जाएगी, जो इस आवेदन में बताना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस मदद से किसी भी अन्य स्रोत, या मेरी या मेरी कंपनी या कम्पनी द्वारा दिये गये अन्य प्रोविडेंट/इन्सुरेंस कंपनी से या तो रिक्त हो जाऊँगा या इसी उद्देश्य के लिये।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post or 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 आवेदन पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ बताना हूँ कि मैं "कीर्तिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य इस आवेदन में बताने हैं, इसे "कीर्तिका" द्वारा, मुद्रित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी छवि और विवरण का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में भी "कीर्तिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने, उपचार का अन्त हो जाने पर ही "कीर्तिका" द्वारा, प्रसारित किया जा सकता है। इस सम्बंध में "कीर्तिका" द्वारा, प्रसारित किया जा सकता है।

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

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से 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, so 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ बताने से हमारे/हमारे को "कीर्तिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाले हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कीर्तिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिये "कीर्तिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कीर्तिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हम यहाँ बताना हैं कि हमारा वित्तीय सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण होने पर ही सहायता के लिये "कीर्तिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त की जा सकती है।
- 2) "कीर्तिका फाउंडेशन" से जो मदद हमें प्राप्त होगी वह केवल वित्तीय होगी है। रोगी का उपचार इस रोगी के चिकित्सक/डॉक्टर के द्वारा रोगी के चिकित्सक के बीच का विचार है और "कीर्तिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा न तो रोगी के उपचार का चयन और न ही रोगी के चिकित्सक/डॉक्टर एवं हमारा कोई भी रोगी और "कीर्तिका" को कोई भी वित्तीय या वित्तीय सहायता का कोई भी भूमिका है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. Dharm Singh** को सिफारिश

**C. MASSEY**  
Administrator

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तिथि  
27/12/18

**MS (OPHTHAL)**  
**Reg. No.-028084**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

**Dr. Shroffa Eye Hospital, Alwar**  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
हम से यह सहायता अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक संस्था 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक संस्था 2