

C18112/0245

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0671

APPLICATION DATE: 27/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Juhum Khan

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Imroz Khan

पिता/हस्ता का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

Village - Titraon Teh - Laxmangarh,

Dist. - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मॉन्क हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 संबंध
1	Aslam	30	M	Son
2	Yaqub	28	M	Son
3	Yaqub	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - PP LE - IMSC
2	Surgery - LG - STCS + JOL

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 ले गई सहायता राशि
1	SCHE	

Pre op. Post op.
0671 Juhum
Khan

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँ तो मेरा आवेदन तथा चल रहे सहायक निरस्त हो जा सकते हैं।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु अब और किसी भी स्रोत, मेरे नियोक्ता या अन्य किसी स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ले सकूँगा।

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/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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कॉशिका" द्वारा प्रकाशित, या, याचनाएं प्राप्त करने के लिए विभिन्न माध्यमों से मुझे प्रचारित करने के लिए प्रकाशित करें। इस प्रकार मेरे विवरण का उपयोग मेरे नाम या पता के बिना "कॉशिका फाउंडेशन" के बिना प्रचारित नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहमत के उपयोग के प्रचारित करने के लिए नहीं किया जा सकता है। सहमत का अर्थ यह है कि सहमत के बिना "कॉशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रचारित नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप



Dr. L. P. Singh
Joshi

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, 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 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 full & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु विचारित नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान करने में सक्षम हैं और हमें सहायता मिलेगी।
 - 1) यह कि हम और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु विचारित नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रदान करने में सक्षम हैं और हमें सहायता मिलेगी।
 - 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हॉस्पिटल द्वारा चले गए सभी चिकित्सा प्रक्रियाओं का चुनाव हमारे पूर्ण अंतर्गत है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बिना हमारे चिकित्सा प्रक्रियाओं का चुनाव हमारे पूर्ण अंतर्गत है। इसलिए हमारे हॉस्पिटल के चिकित्सा प्रक्रियाओं का चुनाव हमारे पूर्ण अंतर्गत है और "कॉशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. D. Singh के द्वारा सिफारिश

MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकृत नं. सह मुद्रा

L. MASSEY
Administrator
Dr. Shroff's Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद धारक अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

Signature