

VARN-C-25-04-0473

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
<b>APPLICATION No. :</b> <u>V/0425/0052</u> <b>आवेदन संख्या :</b>		<b>APPLICATION DATE :</b> <u>07/04/25</u> <b>आवेदन तिथी</b>		
<b>NAME of APPLICANT :</b> <u>Shiv Singh</u> <b>आवेदक का नाम</b>		<b>AGE-YEARS</b> आयु-वर्ष <u>70</u>	<b>SEX</b> लिंग <u>M</u>	
<b>FATHER'S/SPOUSE'S NAME :</b> <u>Mavasi</u> <b>पिता/कटुम्भ का नाम</b>				
<b>PRESENT RESIDENCE ADDRESS</b> वर्तमान आवासीय पता <u>Purane School ke Pass, Badangarh,</u> <u>Distt. Bharatpur, Rajasthan, 321203</u>				
<b>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :</b> स्थाई आवासीय पता <u>Same as above</u>				
<b>OCCUPATION :</b> <u>Farmer</u> <b>व्यवसाय</b>		<b>MARRIED</b> (विवाहित) / <b>UNMARRIED</b> (अविवाहित)		
<b>TOTAL ANNUAL INCOME :</b> <u>48000/-</u> <b>कुल वार्षिक आय</b>		<b>(Attach Proof of Income)</b> <b>(आय का साक्ष्य संलग्न)</b> <u>NA</u>		
<b>PAN No.</b> स्थाई खाता संख्या				
<b>ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE</b> (Tick whichever is applicable): <b>क्या आप आय कर दाता हैं</b> (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)				
		<b>Yes / No</b> <b>हाँ / नहीं</b> <input checked="" type="checkbox"/>		
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.	Sheela	late	F	Wife
2.	Bhokesh	34	M	Son
3.	Anju	30	F	Daughter in Law
<b>BASIS for REQUESTING ASSISTANCE</b> (Tick whichever is applicable) <b>सहायता के लिये विनति आधार</b>				
<b>BPL Card</b> <b>(Attach Card Copy)</b> <b>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र</b> <b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)</b>		<b>EWS Certificate</b> <b>(Attach Certificate Copy)</b> <b>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र</b> <b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)</b>		<b>Ration Card</b> <b>(Attach Copy)</b> <b>उपभोक्ता कार्ड</b> <b>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)</b>
<b>Any Other Basis/Proof</b> <b>अन्य कोई साक्ष्य</b>				
<b>"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</b> <b>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:</b>				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<u>RE - Cataract</u>			
	<u>LE - Cataract</u>			
	<u>Surgery - (RE) - SICS + PMMA</u>			
<b>ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</b> <b>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?</b>				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
1.	<u>DRCS</u>	<u>2000/-</u>		

**Koshika**  
foundation

Building block of life.



Preop Postop



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा 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, 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 सही जानकारी के अनुसार सच हैं। कोई भी झूठा कथन मेरे प्रपत्र को खारिज करने या सहायता निरस्त करने का सबब बन सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" के लक्ष्य का बताने के लिए कह रहा हूँ, जिसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेखित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु कब भी भुवि पर किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का दायित्व नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उकल होगी/मांगे में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आर्थिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मांगे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी/मांगे के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरू और जारी रखने का सारा जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE****Dr. SUFYAN DARRAN****M.B.B.S., DOMS, D.B****UPMG 69924**

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यासी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यासी हस्ताक्षर 2