


C20-3-0033

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	A/0320/0944	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	02-03-2020	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Bahadar	AGE-YEARS आयु-वर्ष	71	SEX लिंग M
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम	Hazilal			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		Post of.	Post of.	
Vill - Mungelpur, <del>...</del> Teh - Rajbhan,		0944	Bahadar	
Dist - Alwar, Rajasthan - 301412				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता				
As Above				
OCCUPATION : व्यवसाय	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	7800/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)		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)	Jeet Singh	35	FM	Son
(2)	Purvesh	30	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनए जेन कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - - RF - MSC IE - MSC			
(2)	Surgery - - IE - STCS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
(1)	KCEH			

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):**

- 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.
  - 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.
  - 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता शिथिल की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।  
 3) मैं यही कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.
  - 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 प्रकरण पर अपने इलाका या अंगरेजी की सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोचर" को अधिकृत करता हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोचर, दान, सहायता/युद्ध उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इलाका के पत्रों या वेब से बनाने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोचर अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं जुद्ध स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोचर का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

  
L.T. Bahden

**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:

- 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.
- 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनयित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिक/समस्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसबल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेते/लेती।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमसबल हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जर्न करने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

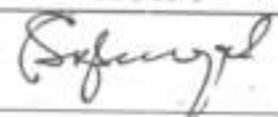
**NOT RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकार्यता के लिए संस्तुति  
**Dr. RAHUL GUPTA**  
**MS (OPHTHAL)**  
**Reg. No.-DMC/R/8222**  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

  
**U. MASSEY**  
**- Administrator**  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 अर्पणत की तारीख  
 03/03/2020

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यायोचर हस्ताक्षर 1  


SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यायोचर हस्ताक्षर 2  
