

C18/05/0079

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.: A/0518/0081
आवेदन संख्या: A/0518/0081

APPLICATION DATE: 07/05/18
आवेदन तिथि: 07/05/18

NAME of APPLICANT: Rambabu
आवेदक का नाम: Rambabu

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Badri Prasad
पिता/पत्नी का नाम: Badri Prasad



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Village - Rampur, Teh. - Bansur,

Dist. - Alwar, Rajasthan
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above

Pre op. Post op.
0081 Rambabu

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय: Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000
कुल वार्षिक आय: 60,000
(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण) NA

PAN No. आय का पहलू संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस या सही का चिह्न लगाएं): Yes (हाँ) ☒ No (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	Samresh	60	F	wife
2	Karnal Ram	24	M	Son
3	Shashikant	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 साधन
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE-IMSC LE-IMSC
2	Surgery — LE-SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता मिली
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भर्ना करा)

- 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उपलब्ध पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं करूँगा, कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा जिसके लिये मैं सहायता चाह रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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/needed, 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/needed, 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित कर सकते हैं, जैसे कि वे मेरी "उद्देश्य" के लिए सहायता हेतु दानों को आमंत्रित करें और/या मेरी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैला सकें। मेरी फोटो और विवरण का इस प्रकार का उपयोग मेरी सहायता के लिए किया जा सकता है, जो कि मेरी सहायता के लिए आवश्यक है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों द्वारा प्रसारित किया जा सकता है, जो कि मेरी सहायता के लिए आवश्यक है। मेरी सहायता के लिए आवश्यक है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

अंगूठा छाप
रामलाल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

- 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 और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का कोई प्रयत्न होगा, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का कोई प्रयत्न नहीं होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो कि मेरी सहायता के लिए आवश्यक है। मेरी सहायता के लिए आवश्यक है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण रखें)

ACCEPTANCE
स्वीकृत

REJECTION
निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/05/18

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

(Name, Designation & Stamp of the Authorized Signatory)
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
स्वीकृत

REJECTED
निरस्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक 2