

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                       |          | Koshika                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------|--|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>c18/05/026</span> <span>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप</span> </div>     |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :                                                                                                    |                                                                                             | A/0518/0137                                                                                                         |                                                         | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि                                                         |          | 23/05/18                                  |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम                                                                                                    |                                                                                             | Nathi Devi Meena                                                                                                    |                                                         | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                                                       | SEX लिंग |                                           |  |
|                                                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         | 90                                                                                       | F        |                                           |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुस्थ का नाम                                                                                         |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         | Birenda Meena                                                                            |          |                                           |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| Village - Dumeda Berg Tch - A/wam                                                                                                      |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| Dist. - Alwar Rajasthan                                                                                                                |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता                                                                                         |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| asabave                                                                                                                                |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय                                                                                                                |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| Farmer                                                                                                                                 |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         | (Attach Proof of Income)<br>(आय का सबूत संलग्न)                                          |          |                                           |  |
| 60,000                                                                                                                                 |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         | N.A                                                                                      |          |                                           |  |
| PAN No. रवाय खात संख्या                                                                                                                |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| N.A                                                                                                                                    |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)        |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| Yes हा <input type="radio"/> No नहीं <input checked="" type="radio"/>                                                                  |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                            |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                 | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                           | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                          | Gender<br>लिंग                                          | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                          |          |                                           |  |
| 01                                                                                                                                     | नाथी देवी                                                                                   | 90                                                                                                                  | F                                                       | स्वयं                                                                                    |          |                                           |  |
| 02                                                                                                                                     | बीरेंद्रा मीणा                                                                              | 92                                                                                                                  | M                                                       | पति                                                                                      |          |                                           |  |
| 03                                                                                                                                     | पुत्र                                                                                       | 66                                                                                                                  | M                                                       | पुत्र                                                                                    |          |                                           |  |
| 04                                                                                                                                     | गोपाल देवी                                                                                  | 62                                                                                                                  | F                                                       | पुत्रवधू                                                                                 |          |                                           |  |
| 05                                                                                                                                     | गोपाल देवी                                                                                  | 58                                                                                                                  | M                                                       | पुत्र                                                                                    |          |                                           |  |
| 06                                                                                                                                     | कल्लू देवी                                                                                  | 56                                                                                                                  | F                                                       | पुत्रवधू                                                                                 |          |                                           |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विवरी आधार                                             |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                            |                                                                                             | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |                                                         | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्त कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |          | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे नपे विवरी का उद्देश्य:                                                        |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                 | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| 1                                                                                                                                      | Diagnosis - R.E - IMSC<br>LE - WNL                                                          |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| 2                                                                                                                                      | Surgery - R.E - STRS + TOL                                                                  |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है: |                                                                                             |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                 | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                   |                                                                                                                     | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>जो यह सहायता राशि |                                                                                          |          |                                           |  |
| 1                                                                                                                                      | SCEH                                                                                        |                                                                                                                     |                                                         |                                                                                          |          |                                           |  |



Prop. Post of.  
0137 Nathi  
Devi  
Meena

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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 or insurance company for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कामन अवयव गलत रहें तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उस सहायता का उपयोग या वापस मिलने वाली अन्य कोशिका फाउन्डेशन सहायता के लिये नहीं किया जायेगा और न ही किसी अन्य स्रोत से।

**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 this medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations to 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, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोग को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज़ में प्रस्तुत हैं, उसे "कोशिका" एवम् प्रचार, धर्म, साधकता हेतु उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए विवरण को प्रसारित करने, प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज़ का विवरण मेरे दस्तावेज़ के पत्रों का रूप में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रस्तुत हैं मुझे सहायता का हस्ताक्षर को प्रसारित इस सहायता को "कोशिका" एवम् प्रचार के उद्देश्यों का निर्माण और साधकता होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



उमरु निशान  
नाथी देवी श्री

**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.

हमारी अंगूठ, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन या प्रतिकार नहीं है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये की जायेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अधिकृत/प्रदान हेतु प्रत्यक्ष नहीं किया जाये तो अन्य स्रोतों से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु, सिफारिश और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना-लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या दिये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी ज़रूरतों को ध्यान में रखते हुए और "कोशिका" को कोई बुद्धि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

|                                                                                                                 |                                                                                                   |                                                |                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)</b><br>संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये) |                                                                                                   | <b>ACCEPTANCE</b><br>मंजूर                     | <b>REJECTION</b><br>खारिज                                                                                               |
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>25/05/18                                                                  | Dr. Dharm Singh<br>(Name of the Doctor/Physician)<br>डॉक्टर का नाम व पद/वैद्यक<br>Reg. No. 028084 |                                                | Dr. Shashi Eye Hospital, Alwar<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)<br>डॉ. शशी आंखों के अस्पताल, अलवर |
| <b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b> आंतरिक उपयोग हेतु                                                 |                                                                                                   |                                                |                                                                                                                         |
| SANCTIONED<br>मंजूर                                                                                             | REJECTED<br>खारिज                                                                                 | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>त्रुस्टी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>त्रुस्टी हस्ताक्षर 2                                                                          |