

C18/07/0073

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/07/18/0221

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06/07/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gurubaram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Bhivaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Hamerapur

Teh. Bansu

Dist. - Alwar

Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

as above



Pre.op

post.op

0221

Gurubaram

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

75,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

N.A

PAN No. स्थायी खाता संख्या

N.A

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

क्या आप आय कर पayers हैं (जो मान्य हो उस पर खींची का निशान 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	Sareti	70	F	Wife
②	Jai Ram	50	M	Son
③	Ram Singh	45	M	Son
④	Maya	40	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषण रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) व्ययपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - A-E IMSC Le - IMSC
2.	Surgery - R-E - STAS + IUL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	SCEH	

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my F₁ liable for rejection/cancellation.

- 1) मैं खोपरा मरता हूँ कि इस प्रश्न में दिनें मैंने सभी विवरण में से जानकारी के अनुसार उत्तर देना है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी
- 2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग बही उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में परा पदा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य छोट-बड़/व्यक्ति/प्रीम/कम्पनी में न तो दिया है और न ही

1) 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 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 जीमेल की जानकारी देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके अध्यक्षों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में ध्वजित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दान, वाचनाय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार भाष्य से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का प्रिण्ट मेरे ज्ञात के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से अधिभूत है मुझे स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आन्दोलन की शान्तिपूर्ण या अहिंसक विचारधारा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्या वचू)

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 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिवक्ता, हस्ताक्षरी को लोअर से गानाधरोपणी को "कॉन्सिक्वा फाउन्डेशन" से मिलित सहायक हेतु निष्कर्षित की जाती है, जिसे हम (हमसलत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पर्यटन और न ही अधिवास में विविध साक्ष्यता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संकेत से उठाया होना/मानना में लगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोरिक्ता फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उठाया या संस्था में "कोरिक्ता फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिक्ता फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विनिर्दिष्ट उठाया/मानना हेतु मन्त्रालय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाया होना/मानना हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोरिक्ता फाउन्डेशन" से ली गई साक्ष्यता केवल निहित प्रभुता की है। होना पर अस्पताल द्वारा ही या साक्ष्य या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होनी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोरिक्ता फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायब नहीं है। इसलिए अस्पताल में होनी के इलाज सुरक्षित और आने जाने की सभी विनियमों होनी एवं अस्पताल की होनी और "कोरिक्ता" को कोई प्रभुता या विनियमों इस मामले में नहीं होनी।

संयोजकता को लिए संयोजक

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of an & Regn. No. with Stamp)
028004

(Name, Designation & Stamp of authorised Signatory
on Behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

—यसो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामिती इत्यादि १