APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखभात) foundation

APPLICATION No. 1 आवेदन संख्या :

A 0818 0314

APPLICATION DATE: 10 आवेदन तिथी

Building block of life

NAME of APPLICANT: आवेदक का मान

Rampal

AGE-YEARS अपन-पर्प SEX Refr 56 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता-कटुम्म का नम

Pyane lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता

Village

104. -

Porce 08.

Post of

Alwar Ratosthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधासीय पता

as above

0314

Rampal

OCCUPATION :

abouter

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

PAN No. स्पाई खाता संख्या

70,000

(Attach Proof of Income) (अव का साहब संस्थान)

कुल वार्षिक आप

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes INO

Sr. No. Name of Family Member Age (Years) उम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
Ar .	-	Lorife
dl) Rachns (8	f	Daughte
(iii) Harish 25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहत्यता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संसम्ब करे।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाग पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संलग्न करे।

Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ट (प्रमाण पत्र को लाया प्रति संलग्न करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये जिनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्य

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉफ्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

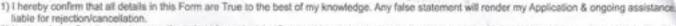
QUASUBS: S

W72030

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. इन्य संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत कर नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई स्वायत राजी		
1	SCH			

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेट्ड द्वार भीपना पत्र:



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 assists
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 amo for which this assistance is requested.

- 1) मैं पोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवारण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवारण एवं कान असल्य पाना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती हैं।
- 2) में द्वार जो सहायत रहि "बोलिका फारन्देशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को चूर्त के लिये किया जाएंस, जो इस प्रकल में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि किए सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस शीत का अधिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोठ रियोजक जीया कम्मारी से न तो तिया है और न हो पविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेशक द्वारा करार)

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 it's 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.

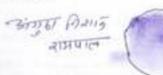
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रयत्त पर अपने इस्तावर या अंगते की बाप लगावर, में (आवंदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पार्टबेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा पाम, मता, पनेशे और जो विवास इस प्रयत्त में जीवित है, इसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, याचनात्र्या दूसरे उन्तेष्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारत करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इत्यत्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि ग्रेग् जाए, यात, फोटो और विवरण जो कि सहापता को उद्देश्यों से प्राचित है गुर्ज स्थत: सहायत का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्यू उसके न्यासियों का निर्णय और बाव्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरम में प्रसाधर या अंगूते का निशाप



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFER IN WOL)

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.

हमारं अधिवृत, हस्तक्षये की और से मामारे/पीयो को "क्षेतिका फाठन्देशन" से वितिय सहायक हेतु सिम्बारिश की आती है, जिसे हम (हस्ताल) निम्न प्रकार से मान्य व सर्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो कांग्यन और न ही प्रविध्य में वितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उन्तर ऐगी,ग्यामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "क्षेतिका फाउन्देशन" हो सिम्बारिश जिल्ला किसी उन्तर के सम्बंध में "कोतिका फाउन्देशन" हात प्रदर हेतु कि है। यदि "क्षेतिका फाउन्देशन" हात सहयता वितित अगित्र-एकत हेतु मन्तर नहीं किसी अन्य स्थान किसी अन्य सम्बंधन से सहयता है। इस गुन्दि में स्थान कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय पाद उन्तर गीरी/पापले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा।

2. "कॉशिका फाउन्हेंगर" से ली गई सहायत केवल फिडिय प्रकृति की है। ऐसी पर हरफाल द्वार दी गई सलात या किसे एसे उपकार फिया का मुनय ऐसी एवं हरफाल के बीध का विषय है और "कॉशिका फाउन्हेंगर" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हरपताल में ऐसी को इलाज मुखा और आने जाने की सारी जिन्मेगरी ऐसी एवं हरपताल की होगी और "कॉशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेगरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery ऑपरेतन को करीय Dr. Dherm Singh के लिए संस्तृति
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Behalf of Hospitall), Alvia

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग शेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्तामर । SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Confing