

C/8/11/0307

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: A/1118/0598 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 29/11/18 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Kuldeep Singh आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ranjeet Singh पिता/हस्तुम्य का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Sirah Khurd, Teh. - Mundawar, Dist. - Alwar, Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Above			
OCCUPATION: Labourer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 60000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) NA (आय का साक्ष्य संलग्न)	
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 लगायें): 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
1	Rampal	36	M
2	Ganesh	32	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Son			
Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गए विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis — RE-IMSC LE-IMSC		
2	Surgery — RE-Phaco+IOL		
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 सो गई सहायता राशी	
1	SCHE		



Preop: 0598
Postop: Kuldeep Singh

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 & original documents liable for rejection/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)**

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सामने/पेगी को "कोशिका काउन्टेर" से विलीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही अधिकार में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संगठन से उक्त रंगी/गामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सितारित/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अधिकार/पावत हेतु मन्सुख नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रंगी/गामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। रंगी पर हमसाल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रंगी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसाल में रंगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रंगी एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2011/18

Dr. Dharm Singh

(Name of District/Block/Thana Stamp)

Reg. No. 028084

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. S. Massey
Administrator
Dr. S. Massey
Administrator
Dr. S. Massey
Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2