

C18/12/0169

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

DE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

A/1218/0644

APPLICATION DATE: 20/12/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Nihal Kour

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

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

Harz Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village - Manota Kalan Teh. - Jagra, Dist. - Bhatinda

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Gurabare

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

70,000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का छल्ला हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगा दें):Yes/No
हाँ/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	Kailash	40	M	Son
2	Baldev	15	M	Grand Son
3				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कार्य निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE - MSC LE - MSC
2	Surgery — LE - STCSTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	SCPM	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false information 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होगा या गलत होगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फ़ाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्णतः मुक्ति नहीं पाऊँगा, और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता लेऊँगा और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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/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 फ़ॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फ़ाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फ़ॉर्म में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका फ़ाउंडेशन" द्वारा मुद्रित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस फ़ॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) और अधिकृत करता हूँ कि "कोशिका फ़ाउंडेशन" मेरी जानकारी का उपयोग कर सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में उल्लेखित है। मैं (अर्शक) और अधिकृत करता हूँ कि "कोशिका फ़ाउंडेशन" मेरी जानकारी का उपयोग कर सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ थUMB का छाप

R-44
Arifal Kaur

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फ़ाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करते हैं।
- 1) हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फ़ाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। यदि "कोशिका फ़ाउंडेशन" द्वारा अनिवार्य सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) अपने आप से वित्तीय सहायता ले सकते हैं।
- 2) "कोशिका फ़ाउंडेशन" द्वारा दी जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच की है। "कोशिका फ़ाउंडेशन" द्वारा दी जाने वाली सहायता रोगी के उपचार के लिए चिकित्सा प्रक्रिया को प्रभावित नहीं करेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Dhanraj Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Dr. Massey
Administrator
Dr. Shroff Eye Hospital, Alwar

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पद और मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (कोशिका फ़ाउंडेशन के लिए उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

Safar