

019/01/0662

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: A/0119/0712  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 7/1/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Lali Devi  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
65

SEX लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mohan Lal  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill. Chhapur - Teh. Bansur

Dist. Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Pre op. Post op.  
0712 Lali  
Devi

OCCUPATION: Labourer  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 75000  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हाँ / नहीं

**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 |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| (i)                    | Shyamveer   | 25                         | M              | Son   |
| (ii)                   | Rishan  | 25                         | M              | Son   |
| (iii)                  | Roshni  | 30                         | F              | Son   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

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

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा 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>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सबूत |
|---|---|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
|                        | Diagnosis<br>Rx - IMSC<br>Ue - IMSC  |
|                        | Surgery<br>Rx<br>Ue - STCS + IOL   |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| 1.                     | SCCH                                      |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |
|                        |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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, if applicable 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 धीरम काठ हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कम्पन आगत राशि प्राप्त है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायक हेतु यह प्रार्थना नहीं है, इस प्रति का अधिक या सफल किसी अन्य सोशल/सेक्टर/बीमा कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लीया।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, दूरदर्शन से दृढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित है पुष्टि करता हूँ। सहायक का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Lali



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से घोषित/गोपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सके या हो सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश तथा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरा हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक बिना अधिकृत/सकारा हेतु समुदाय नहीं किया जा सकता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायक संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद तथा घोषित/प्राप्त हेतु किसी और सहायक संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या सहायक केवल वित्तीय प्रवृत्ति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायक या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के इच्छुक सुझाव और जाने जाने की सही विनियमों से ही एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" की कोई सुझाव या विनियमों इस सम्बंध में नहीं होता।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>8/1/19</p> | <p>Dr. Dharm Singh</p> <p>(Name of the Hospital) with Stamp</p> <p>हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर</p> <p>Reg. No. 028004</p> | <p>Dr. Massey</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>Dr. Shri...</p> |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1</p> <p>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p>[Signature]</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2</p> <p>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p>[Signature]</p> |
|--|--|