

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: A/0119/0720
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 9/1/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bunto
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
52

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jit Singh
पिता/हस्तु का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill. - Barla, Teh. Tijara,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

as above



Pre or Post or
0720 Bunto

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 70000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

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

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 सम्बन्ध
①	Rushal Singh	25	M.	Son
②	Kuldeep Kaur	18	F.	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहाय्य के लिये किति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी 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 Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहाय्य हेतु किये गये किति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मान/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis Rx - IMSC Ue - IMSC
	Surgery Rx - SICST IOL Ue -

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाय्य 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 सहाय्य राशी
	1. SCCH	

CH/01/0060

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 any, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रमाण प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरास हो या सख्त हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस फॉर्म में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह राशि नहीं ले रहा हूँ, जो किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जहाँ "कोशिका" दवा, नशील, दारु, चिकित्सायुक्त दवाओं/उपकरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार सम्पन्न हो सके। इस प्रकार का प्रयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नशील अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के प्रयोग के लिए किया जा सकता है। सहायता का हस्तांतरण नहीं करता। इस सम्झौते में "कोशिका" दवा, नशील दवाओं का प्रयोग और सम्पन्न हो सके।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपलब्ध होने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी कारणों से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रकट करने के लिए हमारा मतलब यह है कि सहायता के लिए हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रकट करने के लिए हमारा मतलब यह है कि सहायता के लिए हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस फॉर्म में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है। मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह राशि नहीं ले रहा हूँ, जो किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 9/1/19	<i>Dr. Dharm Singh</i> Dr. Dharm Singh (Name of the Doctor) MS (OPHTHALM) Reg. No. 028084	<i>J. MASSEY</i> J. MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shree Eye Hospital
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नशील हस्ताक्षर 1 <i>Safaryal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नशील हस्ताक्षर 2 <i>Shree</i>	