

C19/01/0133

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: A/0119/0745  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 14/11/19  
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम: Mishro

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम: Bodan Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी स्थान:  
Vill. Bichhala, Teh. Tijara,

Dist. Alwar, Rajasthan  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाइ स्थायी स्थान:

OCCUPATION: जैविक व्यवसाय: Labourer

MARRIED () / UNMARRIED ()

TOTAL ANNUAL INCOME: युक्त वार्षिक व्याप: 70,000

(Attach Proof of Income)  
(अपने का साधा संतान) MA

PAN No. स्थाई संख्या: M4

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
मन मात्र जाप कर रहा है (जो व्याप हो उस पर सही का निश्चय होता है): Yes  No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| (i)                    | Vikram  | 35                         | M              | Son   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |
|                        |   |                            |                |   |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए सिन्हासन आवध:

| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रोक के लिए प्रयोग का<br>(प्रयोग कर की जाया जानी संतान करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>जनन व्याप की प्रयोग का<br>(प्रयोग कर की जाया जानी संतान करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>दरवाज़ा खाली<br>(प्रयोग कर की जाया जानी संतान करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई जावा |
|---|---|---|---|
|   |   |   |   |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु लिने वाले विवरों का वर्णन:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्ताना/दॉक्टर से लाई की वई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|---|
|                        | Pre - IMSC  |
|                        | Pre - IMSC  |
|                        |   |
|                        |   |
|                        |   |

Diagnosis

Pre - SICS + IAI

Surgery

Pre - SICS + IAI

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

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

Koshika  
foundation  
Building block of life



**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन द्वारा घोषणा करा;

- 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 sources/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये जारी विवरण नहीं जास्ताएँ के अनुच्छेद सख्त सर्व गत है। यदि कोई विवरण इस जगत जास्त बनाया जाता है तो यही जास्तापत्र निराकार ज्ञाती है।
- 2) मैं इसी जो जास्तापत्र गति "कोशिका फाउंडेशन", से जास्त नहीं हूँ। जास्त व्यवस्था उल्लेख की गुरुत्व के लिये विवरण जारीकर, जो इस प्रकाश में नहीं दिया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवरण जास्तापत्र हेतु यह प्राप्ति की गई है, उन परिस्थिति का व्यविधिक या सकल विवरण ज्ञाती ज्ञाता होने के लिये है और वह ही घोषणा में सौम्या।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन द्वारा कराया)

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 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 प्रकाश पर अपरे जास्तापत्र या अंगूठे की जारी जास्तापत्र, मैं (अप्लिकेशन) जारी जास्ताएँ की गुरुत्व करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीर्हों" यो अधिकृत जास्तापत्र है जो योग्य जारी, जारी, और यो विवरण इस प्रकाश में दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं ज्ञाती, एवं, जास्तापत्र द्वारा उद्दरेख के जूटी व्यापिलिएवं और जास्तापत्र के लिये जिसी यो जास्त जास्तापत्र से प्रत्यागत करने के लिये अधिकृत है। यो जास्त जास्तापत्र नहीं जास्तापत्र के जूटी व्यापिलिएवं और जास्तापत्र के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ज्ञाती अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस जास्तापत्र से जास्तापत्र है कि में योग्य जारी, जारी, और विवरण यो जिस जास्तापत्र के बद्दीर्हों से जास्ती है जूँके जास्तापत्र जास्तापत्र का जास्तापत्र यो जास्तापत्र में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीर्हों का नियम जीवित और चलाकारी होता।

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

अप्लिकेशन के जास्तापत्र पर अंगूठे का नियम।



Re: Thumb

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इस्तमात्र द्वारा कराया)

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.

हास्पत्र अधिकृत, हास्पत्र की ओर सो योग्य जास्तापत्र की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जास्तापत्र हेतु जिसकी जास्ती है, विसे इस (इस्तमात्र) जिस प्रकाश से योग्य व स्थीकार करते हैं।

- 1) यह कि न को जीवित जीवन व न ही भवित्व में विविध जास्तापत्र दिया गया यो जास्तापत्र यो जास्ती जान संबंधी यो उपलब्ध गुणोंयापत्रों में सौंदर्य या लें तो है, वीटी कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" से दिसाविसिविति उक्त को यो जास्तापत्र में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल हेतु नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जास्तापत्र विविध व्यापिलिएवं द्वारा उन्नुक नहीं दिया जाता है तो अस्तमात्र किसी जाप यो जास्तापत्र की जास्तापत्र से जास्तापत्र होने का अधिकार गुणिता गता है। इस पूर्ण में उपलब्ध जास्ता है कि जास्तापत्र दिलाई बदल उक्त उपलब्ध गुणोंयापत्रों हेतु दिया गया जास्तापत्र यो जास्ती जान संबंध से योग्य होता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जास्ती यो जास्तापत्र की जास्तापत्र है। योग्य पर हास्पत्र द्वारा यो जास्तापत्र का जास्तापत्र होने एवं हास्पत्र को योग्य का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यो जास्ती उपलब्ध यो जास्ती योग्य नहीं है। इसलिये हास्पत्र में योग्य को इसका जास्ता नहीं आने जाने यो जास्ती विवेदी योग्य एवं हास्पत्र की होती है और "कोशिका" की योग्य गुणिता यो जिसेहोगी इस योग्यते में जास्ती होती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्थीकृती के लिए संस्थापित

|   |   |  |
|---|---|--|
| Date of Surgery<br>जास्तापत्र की तारीख<br><i>14/11/19</i> | Dr. Diksh Singh<br>MS (OPHTHAL)<br>(Name of Dr. & Designation)<br>Reg No. D28D084<br>ग्रामीण राजमा व इस्तमात्र के एवं उ | MASSEY<br>Administrator<br>Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>उमा व पर हास्पत्र अधिकृत अधिकारी |
|---|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

वन्दिकृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी इस्तमात्र।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इस्तमात्र 2