

C19/02/0581

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: A/0419/0009
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/4/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sharda
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Unshankham
पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Navindgarh, Teh. - Ladmangardh,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above

Prior Post of
0009 Sharda,

OCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 85000
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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगावे):
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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Hari om	32	M	Son
2	Shankar	30	M	Son
3	Bhagwan das	28	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis — RF-IMSC LE-IMSC
2	Surgery — LE-SICS+IOL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: none to report

- 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 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 पर कब्रार हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) यहाँ पर मैं यहाँ पर कब्रार हूँ कि, यदि मुझे सहायता मिलेगी तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कब्रार हूँ कि मैं किसी सहायता के माध्यम से इस प्रारूप में बताई गई राशि का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में चर्चित है, उसे "कोशिका" द्वारा याद, प्रकाशक द्वारा याद्वारा या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता का इन्फार्म नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभेदक से इलाक़ा या जंगल का निज़ाम

RTH
Shard

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल द्वारा)

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 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 अधिकतर, इसकाही की ओर से गणपत/रात्री को "बोसिका भद्रादेवता" से मिलिये. रात्र्यात ही विजयिता की जाती है, जिसे इन (हमनाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित आवश्यक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त रंगीनपन में रंगि या से रंगे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से विपरीत/विनिर्गत उक्त के सम्बन्ध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा गहरा हेतु नि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा आवश्यक किसी अधिकार/सम्पत्ति हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो आवश्यक किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन से प्राप्त होने या अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से नहीं लेना/देना।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से ली गई आवश्यक सेवाएं विहित प्रकृति की हैं। रंगीन पर आवश्यक द्वारा दी गई सेवाएं या बिन्दु जैसे उपचार/प्रक्रियाएं या प्रत्यक्ष रंगीन एवं आवश्यक से होकर या विषय हैं और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए आवश्यक में रंगीन के द्वारा सुरक्षा और अपने अपने लक्ष्य जिम्मेदारी से ले एवं आवश्यक की होगी और “कोशिका” की कोई प्रक्रिया या विनियमन इस दृष्टि में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/4/19

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Registration Stamp)
Raj. No. 028084

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी हस्ताक्षर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
पुष्पी हातकर 2

Sc 28