

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: A/0419/0049
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/04/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Laxmi Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 50
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Hansraj
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Peepal ka Mahalla, Kathumar, Teh.-Kathumar,

Dist.-Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Proof. Post of.
0049 Laxmi
Devi

OCCUPATION: House wife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 55000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी आय संख्या NA

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

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
(i)	Makesh	22	M	Son
(ii)	Vishender	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्यता 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 — RE-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 इस स्रोत से सहायता राशि
1	SCCH	

[illegible]

- 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 यहाँ पर कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं व्यय असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहाय्य एग्री "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में परा पाया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि जिस साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का कम्प्लिक या समान किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा कबुल)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सत्यता को सुनिश्चित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, राज, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से चुनौती अधिभूत और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार साधन से प्रकाशित करने के लिए अधिभूत है। जो प्रपत्र पर विवरण मेरे शासन को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

ਭਾਈਰਾਜ ਦੇ ਹਮਲਾਵਰਾਂ ਨੇ ਭੀਮ ਦੇ ਪਿਤਾ

Lq & mi
R.T

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:

- (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.

इसके अतिरिक्त, इसकाही की ओर से सरकारों की "कॉलिका समझौता" से निहित प्रस्तावों हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (समाज) नियम प्रणाली से कार्य में लाएंगे।

- 1) यह कि वे तो सामान और वे ही पदार्थों में विभिन्न मात्राएँ मिली हैं और साबुती संभव है कि किसी अन्य चीज़ से उदा. लोहे/पत्थरों में होने या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका साबुती" से विकसीत/विश्लेषित उदा. को सामान्य में "कोशिका साबुती" द्वारा सरल हेतु कि है। यदि "कोशिका साबुती" द्वारा साबुती निगति अधिक/उत्तम हेतु समुदाय नहीं दिया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य और साबुती संभव है कि किसी अन्य साबुतीय से प्रभावित होने या अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तित्व विभिन्न सरल उदा. लोहे/पत्थरों हेतु किसी और साबुती संभव है कि किसी अन्य साबुती से नहीं होगा/लेगी।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/04/19

Dr. Dharm Singh

(Name **MR. LOUIS W. STAMP**)

Reg. No. 028084

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक टपखेप हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नरसी इल्लकर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इस्लाम 2

Exchanged

Sept