

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No.: A/0419/0050
 आवेदन संख्या:

 APPLICATION DATE: 18/04/19
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT: Shashi Prabha
 आवेदक का नाम

 AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65
 SEX लिंग: F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Moti Singh
 पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Sundana, Teh. - Kalthumbar,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above


 P.O.P. Postop.
 0050 Shashi
 Prabha

 OCCUPATION: Labourer
 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 दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें)

 Yes / NO
 हाँ / 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)	Sanid Singh	50	M	Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विधि 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:
 सहायता हेतु किसे मगने विधि का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सही गई सहायता राशी
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा यः।

- DECLARATION by APPLICANT:** **आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन सत्यता प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मैं इस सहायता को प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (नामक छु कय)

- 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 (अर्श्वरक) अपनी धारमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में दीर्घा है, जो "कॉशिका" एवम् त्रुस्टी, पता, फाउंडेशन द्वारा उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रसारण माधम से प्रसारित करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पछले या बाद से करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" व त्रुस्टी अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्श्वरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है कुछे सवा: सहायता का हकदार नहीं रहता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और बाधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपका यह प्रश्न बहुत ही महत्वपूर्ण है।

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Physician) 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.

assume sole & complete responsibility in the treatment of the patient in the matter.

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/09/19

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Reg. No. 20084

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Smita S. Ghosh
 Director, Health Services

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी बरखापर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

09.08.2018