

C19/04/0805

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: A/0419/0062
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 22/4/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Rampal
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष: 78
SEX लिंग: MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Tosiya
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Baskhola, Teh. - Alwar

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 70000
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income) NA
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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 लगाएं)

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	Babu Lal	38	M	Son
	Maharaj	39	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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 प्रविष्टि/प्रेस्क्रिप्शन
1	Diagnosis - BP - IMSC LE - IMSC
2	Emergency - LE - SICSTIOL

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

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

Pecor. Pottor.
0062 Rampal

DECLARATION by APPLICANT: ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਨੂੰ ਘੋਸ਼ਣਾ ਹੈ:

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यंत गलत यात्रा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता एवम् "कोशिका फाउण्डेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से या तो रिहा हो और न ही पश्चिम में लौगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का हस्ताक्षर)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी छापपत्र की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, पत्र, साधक/पत्र द्वाारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सित्ने दिवसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के पालने या बर मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रावास के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अध्वरक्ष के हाताक्षर पर अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्पताल द्वारा कथन)

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.

इसके अतिरिक्त, इसकाबूटी की ओर से समालोचकों को "बेवशियत साधने" से विविध साधना हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (इसकाबूटी) निम्न प्रकार से मान्य व अनोकर मानते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधिवत सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उठाएंगी/पगले में लीने या ले चढ़े है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिविल/विशेषी उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवत अधिका/उपलब्ध हेतु समुद्र नहीं किता ज्ञात है तो असंगत किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट ज्ञात ज्ञात है कि अगत्यात द्वितीय मदर उपाय ऐंटी/पगले हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विधिवत प्रकृति की है। ऐंटी का इस्तेमाल द्वारा ली गई सहायता या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु ऐंटी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायब नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में ऐंटी के इस्तेमाल सुचारु और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं इस्तेमाल की होती और "कोशिका" की कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

colours

22/11/19

Dr. Dharm Singh

MS (OPTHAL)

MS (GPH) Hall
name of Dr. & Regn. Ho. with Stan

Reg. No. 028984

t. MASSEY

(Name, Designation, Signature and Authorized Signatory)

on behalf of Hospital

Dr. Sripriya Eye Hospital
नाम व पद हमेशा उचित अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

कान्तिरिड टपपौर डेट

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वातंत्र्य २

09.08.2018