

C19/05/0782

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A/0519/0147	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	21/5/19
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :	Birdi	AGE-YEARS आयु-वर्ष :	55
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कनूप्य का नाम :	Shyam Lal	SEX लिंग :	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बासिन्दा जगह स्थान :		village - Baldegarh, Teh. - Rajgarh,	
DIST. — Alwar, Rajasthan		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवासीय पला	
		as above	



Preop. Postop.  
0147 Birdi

OCCUPATION : अवस्था :	farmer	MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :	85000	(Attach Proof of Income) (आय का साप्तरण संतान)

PAN No. स्टाईल खाता संख्या :  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता है (जो भाव्य हो उस पर सही का विवरण 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	Mukesh	30	M	Son
2	Moham	27	M	Son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनियोग आधार:

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता पार्ट (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
---	---	---	---------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किने गये विनियोग का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मर्मी संलग्न		
1.	Diagnosis	RE - IMSC	LE - IMSC
2.	Surgery	LE - STCS + IOT	

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

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

**ATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा चुनिया पर:

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में दिए गये सहायता की उद्देश्य का अनुसार सभी एवं यही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग इस कानून की अनुसार है तो वही सहायता निरल की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जारी की गयी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाति की दृष्टि से जारी करने वाली उद्देश्य की दृष्टि से विवरण एवं कथन अलग इस प्राप्ति में पाया जाता है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस राहि का अधिक या बहुत अधिक या बहुत अधिक अपेक्षित नहीं है और न ही परिमाण में लौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आप्पेलेंट द्वारा करा)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर आप्पेलेंट द्वारा जारी करने वाला, मैं (आप्पेलेंट) अप्पेलेंट सहायता की पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके समर्थकों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपात में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामांक, एन, वाचन/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी परिवर्तियों और उपलब्धियों को दिखाए किसी भी प्राप्ति, ग्राह्यम् से प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे हाथों के पासे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न जानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आप्पेलेंट) इस बात में सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है जुही बात: सहायता का हक्क नहीं बचता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामांकों का निर्वाचन अधिकृत और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आप्पेलेंट द्वारा जारी करने वाले का निवापन

P.H  
Bijodi

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)**

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.

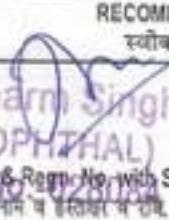
इसी अधिकृत, हस्पताल की ओर से दीखाई हेतु को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विन्योग करने वाले अधिकारी करते हैं।

1) यह कि न तो जागीरान और न ही परिमाण में विविध सहायता जिसी गैर साकारी संस्थान या जिसी अन्य स्थान से उस एकीजात्यालय में होने वाले नहीं है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरत हेतु किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या जिसी अन्य संसाधन से सहायता होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में समर्प करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय वरद उस एकीजात्यालय से हेतु किसी गैर साकारी संस्था या जिसी अन्य संसाधन से वही सेना/सेवी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यही सहायता कोकार विविध प्रकृति की है। ऐसी या अस्पताल द्वारा एवं नई समझ या किसी नये उपचार/प्रैकृति का चुनाव देही एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में ऐसी के इसाव सुरक्षा जैसे आवे जाने की सही विवेदाते ऐसी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवेदाते इस प्रकार में नहीं होती।

**RECOMMENDED-FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्कृति

 MASSEY

Administrator

Dr. Shroff Eye Hospital, Alwar

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

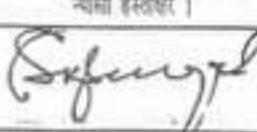
Date of Surgery  
अपेक्षित की तारीख  
22/5/19

Dr. Dhami Singh  
MS (OPHTHAL)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉ. धमी सिंह एम.एस. ऑफ्थाल.

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राजीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्पताल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पताल 2

