

219/06/1000

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

A1061910260

APPLICATION DATE:
आवेदन दिनी 25/06/19NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Anchhi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/करुण का नाम

Narsi Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बासिन अवासीय पता

Village - Babali, Teh. - Ranjash

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासीय पता

as above

Prep.

0260

Postponed

Anchhi

OCCUPATION:
जब्तसाध

Farmer

MARRIED (शिवालित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष संलग्न)

PAN No. स्थाई चाला संख्या

NA

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

मम आप आय कर दाता हूँ (जो यान्ह हो उस पर सही का निशान लगाये)

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	Manish	25	M	Son
2	Nokul	17	M	Son
3	Ramohan	38	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

महायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गटोडी रोड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागू प्रति संलग्न को)	अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागू प्रति संलग्न को)	उपपोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागू प्रति संलग्न को)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

महायता हेतु लिये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न	
①	Dignosis - AE - PP LF - MSC	
②	Surgery - LF - STCS + IOL	

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता विस्तो अन्य स्रोत में लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लोग वाई महायता दाता
CD	SCEH	

ATION by APPLICANT: अवारेक द्वारा प्रोत्ता पत्र:

- 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 any, 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 प्रोत्ता करता हूँ कि इस प्रकार मेरे लिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुमति सहित दर्श सही है। यदि कोई विवरण इस कार्यक्रम के अनुमति सहित दर्श सही है तो मेरी सहायता निरापत्ति की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा दी गयी सहायता एवं "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जानकारी है, उसका उपयोग उसी कार्यक्रम की घटी के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरे पास है।
- 3) मैं पुरुष करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु कहा गया है, उस लिए का अधिक या सकारात्मक विवरण किसी अन्य घोषितियोजना/संघीय कार्यक्रम से न ले लिया है और न ही घोषितियोजना/संघीय कार्यक्रम से न ले लिया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अवारेक द्वारा करार)

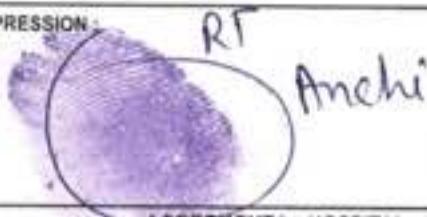
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रकार पर आपने हस्ताक्षर या अंगठी को छार सहायता, ये (अवारेक) अपनी सहायता को पुरुष करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार मेरे पास है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाता, जानकारी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार साथ्यम् से प्रशान्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण ये इसका के पहले या बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) वे (अवारेक) इस बात से सहमता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण ये कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिहृत है युक्त स्वरूप सहायता का इकायत नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का निर्णय अद्वितीय और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवारेक के हस्ताक्षर या अंगठी का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:

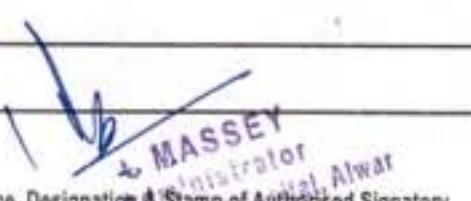
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से गमरेंगेरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विकलान को जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विषय प्रकार से याचन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही बांधन और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्करण या किसी अन्य स्रोत से उस दोनों पार्ट्समें मैं संरेख्य कर सकता हूँ कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पद्धति हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भावितव्य साकारी संस्करण या किसी अन्य सम्बन्धित से सहायता लेने का अधिकारा युक्ति रखता है। इस पृष्ठ में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद्धति उक्त उक्त उपलब्धियोंसे हेतु किसी गैर साकारी संस्करण या किसी अन्य साथ्यम् से नहीं होता।

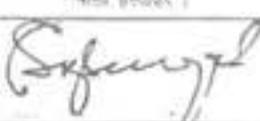
2. "कोशिका फाउंडेशन" से की गयी सहायता कोयत विविध प्रकृति की है। योगी या हमस्ताल द्वारा दी गयी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हमस्ताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दरवाजा नहीं है। इसलिए हमस्ताल में योगी के इसका सुझाव और ज्ञान जाने की जाए जिम्मेदारी योगी एवं हमस्ताल की होगी और "कोशिका" की कोई योगिका या जिम्मेदारी इस पापले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगूठे की तारीख 26/11/13	Dr. D. Singh (Name of Dr. & Regn. No. with Sising) दाक्तर का नाम के संस्कार व संख्या Reg. No. U-20384	 & MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व अधिकृत अधिकारी का नाम
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अवारेक द्वारा हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

