

21/8/0710

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/0819/0475 APPLICATION DATE: 21/08/19  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bholu Ram AGE-YEARS आयु-वर्ष 79 SEX लिंग M  
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Bahaj, Teh. - Deos, Dist. - Bharatpur, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Psc 08. Post 08. 0475 Bholu Ram

OCCUPATION: Unemployed  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का राज है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Tej Singh                                         | 36                         | m              | Son                                             |
| 2                      | Shree Singh                                       | 34                         | m              | Son                                             |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                          |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| EPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>राशिकी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | Diagnosis — RE- MSC<br>LE- PP                                                                  |
| 2.                     | Surgery — RE- SICTHOL                                                                          |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सही गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1.                     | SCFM                                      |                                                          |

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 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 यथार्थता से यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि मैंने किसी भी प्रकार असत्य जानकारी दी है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग मैंने उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त था।

3) मैं यथार्थता से यह कह रहा हूँ कि मैंने इस सहायता से प्राप्त राशि को भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वापस नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kosiika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 Kosiika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kosiika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या छोटे की छान सारांश में (अक्षरेष्व) जगती काव्यी को मुद्रित मध्य है एवं "कीर्तिता प्रार्थना" और गद्यों में "कीर्तिता काव्य" है कि ये गद्य काव्य, छोटे और जो विचार इस रूप में प्रकट है, उसे "कीर्तिता" एवम् गद्यों, गद्य, काव्यकाव्य एवं गद्यकाव्य में उक्त कीर्तिताओं का उपयोग करने के लिए किसी भी प्रकार काव्य में प्रयोजन करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विचार में इसका को जाने या जोर में करने के लिए "कीर्तिता प्रार्थना" में जगती अधिकृत है।

2) यै (अक्षरेष्व) इस गद्य में मध्य है कि ये गद्य, गद्य, छोटे और विचार को कि इसका को प्रार्थना में प्रकट है एवं गद्य-काव्य का प्रचार नहीं करता। इस प्रार्थना में "कीर्तिता" एवम् जगती प्रार्थना का विचार जगती और जगतीका प्रचार

अपेक्षक से इतराया वह अंगीरे का दिग्गज

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.

[illegible][illegible]

|                            |                                         |                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>21/8/17 | Dr. Dhan Singh<br>(MS OPHTHAL)<br>10084 | MASSEY<br>Administrator<br>(Name), Designation, Hospital/Institution<br>Dr. Shroffs Eye Hospital, Aligarh |
|----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Reg. No. 1234567890  
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामो ट्रस्टी २