

019/09/0246

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0919/0504

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

06/09/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ummas

AGE-YEARS आयु-वर्ष

46

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Rahman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village → Small Kala, Teh. - Mirza

Dist. → Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above



Reop.

Pastop.

0504

Ummas

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय का शीर्षक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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.                     | Jahud                                             | 23                         | M              | Son                                             |
| 2.                     | Rahul                                             | 20                         | M              | Son                                             |
| 3.                     | Saitul                                            | 18                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                    |                                                                                         |                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>किसी अन्य साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विनंती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन गुनी संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis → RE - MSC<br>LE - MSC                                                             |
| ②                      | Surgery - RE - Phaco + IOL                                                                   |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फ़ाउंडेशन पर):**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रमाण पत्र भ्रम है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फ़ाउंडेशन", से ही यह सहायता है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, या भविष्य में, इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फ़ाउंडेशन पर):**

- 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 फ़ॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शिका फ़ाउंडेशन पर) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फ़ाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का उपयोग करने में अधिकार है, इस "उद्देश्य" के माध्यम से, जिसके माध्यम से सहायता प्राप्त की जा रही है, को प्रचारित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फ़ाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ति के लिए "कोशिका फ़ाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका फ़ाउंडेशन पर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ति के लिए "कोशिका फ़ाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है, जो मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के पूर्ति के लिए "कोशिका फ़ाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।

LT  
Ummgh

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
अर्शिका फ़ाउंडेशन पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत):**

- By affixing hereunder, signatures of our Authorized Signatory for recommending his case/patients 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 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 this matter.
- हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों पर सहमत हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो हमें कोशिका फ़ाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है, कोशिका फ़ाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फ़ाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो कोशिका फ़ाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है।
- 2) कोशिका फ़ाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चयन कोशिका फ़ाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, जो कोशिका फ़ाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है।

**RECOMMENDATION FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए सिफ़ारिश

|                                                |                                                           |                                                  |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>07/09/18 | Signature of Dr. Dharm Singh<br>MS (OPHTHAL)<br>NO-028084 | Signature of Dr. Massey<br>on behalf of Hospital |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

**FOR INTERIM USE of KOSHIKA FOUNDATION**  
अस्थायी उपयोग के लिए

|                                                               |                                                               |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>प्राथमिक हस्ताक्षर 1<br>[Signature] | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>प्राथमिक हस्ताक्षर 2<br>[Signature] |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|