

C19/09/0307

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.: A/0919/0508
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 09/09/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mange Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

Durga Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village → Bishwardi, Teh. → Alwar

Dist. → Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION:

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

50,000/-

(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):

Yes / No

हाँ / नहीं

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

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	Ashok	26	m	son
②	Ravi	24	m	son
③	Lokesh	21	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वास्तविक/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis → RE - IMSC LE - IMSC
②	Surgery → RE - SICCS + IOL

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
①	SCEH	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदन: इस घोषणा 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरे आवेदन और सहायता को खारिज करने या रद्द करने का कारण बन सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से न मिलने का दावा नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 seeking 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 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी देने की अनुमति दे रहा हूँ। इस जानकारी का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी देने की अनुमति देना, मुझे सहायता मिलने का कोई भी दावा नहीं कराएगा। सहायता देने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के त्रुस्टी कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LAT / THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

 LT Munge Lal

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

By affixing hereunder, signature or our Authorized Signatory for recommending the assistance 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 not 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.

हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सहमत हैं।

1) हम घोषणा करते हैं कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के बराबर है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हम अपने आप से शेष राशि को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हॉस्पिटल द्वारा रोगी को उपचार देने का फैसला रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं है। हॉस्पिटल को रोगी की देखभाल के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होनी चाहिए।

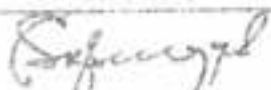
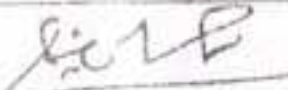
RECOMMENDATION FOR ASSISTANCE

सहायता के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/09/19	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084	Dr. Shroff Administrator Authorized Signatory of Hospital
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजीवक सदस्य 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजीवक सदस्य 2 
--	---