

019/09/2022

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/0919/0509
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09/09/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ram di Lal
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Panchya Ram
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village -> Bexla, Teh. -> Laxmangarh

Dist. -> Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

as above



Pre-op.

0509

Post-op
Ram di Lal

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 59,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

NH

PAN No. सत्यापित खाता संख्या

NH

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No -
हां / 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	Pawan	23	m	son
②	Ashim Kumar	17	m	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिखाने वाले विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis -> RE - PCIOL LE - IMSC
②	Surgery -> IE - SICCS + 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
①	SCFH	

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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई ग़लत बयान दूँगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर सख्त तौर पर "कॉशिका फ़ाउंडेशन", से ही यह सहायता हूँ, उसका उपयोग करके अपने किसी भी प्रकार के निदेश के लिए, जो इस फ़ॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता को अपने किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी, से न ही प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फ़ाउंडेशन)

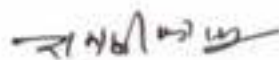
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस फ़ॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर स्वीकार करती हूँ कि मैं "कॉशिका फ़ाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अपने नाम, पता, फोटो और उस विवरण का प्रसारण करने का अधिकार दूँगी, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रही हूँ। यह प्रसारण किसी भी माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, शामिल हैं। इस प्रसारण का उपयोग कॉशिका फ़ाउंडेशन को दानों को एकत्रित करने और/या उसकी गतिविधियों/उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रसारण करने से मैं अपने लिए सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं प्राप्त करूँगी। सहायता देने का फैसला कॉशिका फ़ाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा, और उनका फैसला अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल पर):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हम यहाँ पर स्वीकार करती हैं कि हम अपने किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से वही सहायता नहीं प्राप्त कर रहे हैं, जो हमें कॉशिका फ़ाउंडेशन से प्राप्त करने की आवश्यकता है।

- 1) यह कि हम अपने किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से वही सहायता नहीं प्राप्त कर रहे हैं, जो हमें कॉशिका फ़ाउंडेशन से प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि कॉशिका फ़ाउंडेशन हमें सहायता नहीं देता है, तो हम अपने किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- 2) "कॉशिका फ़ाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा के लिए जो उपचार/प्रक्रिया हॉस्पिटल द्वारा प्रदान की जाती है, वह रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इसका कोई भी प्रभाव कॉशिका फ़ाउंडेशन पर नहीं पड़ेगा।

हम यहाँ पर स्वीकार करती हैं कि कॉशिका फ़ाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा के लिए जो उपचार/प्रक्रिया हॉस्पिटल द्वारा प्रदान की जाती है, वह रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इसका कोई भी प्रभाव कॉशिका फ़ाउंडेशन पर नहीं पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 9/09/19	Dr.  Harm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084	 Dr. Harm Singh Authorized Signatory
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शिका ट्रस्टी 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शिका ट्रस्टी 2 
--	---