

VRN-C-19-12-0257

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: U/1219/0831 APPLICATION DATE: 04/12/19  
 आवेदन संख्या: U/1219/0831 आवेदन तिथि: 04/12/19

NAME of APPLICANT: Lalaram AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Hasei Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: VII - Halbard - Sirki Kuda  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Dift - Bhawstawa Rajasthan 321001  
Some as above.



OCCUPATION: Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: NA (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. स्वाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes / हा /  No / 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	<u>Shyamwati</u>	<u>59</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Kansha</u>	<u>36</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
3	<u>Anjali</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
4	<u>Rahul</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5	<u>Ajay</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
6	<u>Rakesh</u>	<u>27</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - TMS</u>
	<u>RE - TMS</u>
	<u>Surgery - (RE) SCS + JOL</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
<u>1</u>	<u>SCCH</u>	

**DECLARATION by APPLICANT:** अक्षेपक द्वारा भेषणा 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाब पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का नहीं है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भेषणा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विधि सहायता हेतु यह राशि किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (अक्षेपक द्वारा कल)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रश्न पर अपने इस्तेफा या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अक्षेपक) अपनी सहमति भी पुष्टि करता हूँ इस "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकार में प्रकाशित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, इन, वाचकच द्वारा उद्देश्य से लुटी गतिविधियों और उपलब्धियों को सिंगे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण भी इत्यादि को फलने या न करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (अक्षेपक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पूर्णतः सहायता या रकम प्राप्त नहीं करना इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।


**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
अक्षेपक के इस्तेफा या अंगुठी का निशान

*M. M. D. S.*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)**

- 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not ever get 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.
- हमारे अधिभूत, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने का लक्ष्य है; बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/मदद हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षा रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कर दिया है कि हस्पताल द्वारा मन्जूर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जायेगी।
  - 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का प्रस्ताव केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या किने गए उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी के रोगी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इतना सुख और जाने जाने की जगह सिफारिश होगी एवं हस्पताल की दायी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं रहेगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए, संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>05/12/19</p>	<p>Dr. Priya Agrawal M.B.B.S. Ophthalmology Reg. No. 30000 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तेफा-न.सं. उ...</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिभूत अधिकारी</p> 
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तेफा 1</p> <p><i>Safar</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तेफा 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--