

URN - C-19-11-1903

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/0120/1017

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 10-01-20

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Laxman Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष 67 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम Laxasi Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - SHARINGAPOOT, Bhaironpur

Dist - Bhaironpur, Rajasthan, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Eye Blind by S  
 Eye Blind by S  
 (2017) Laxman Singh

OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 20000

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दृता हैं (जो माल्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 सम्बंध
1	Kamla	58	F	Wife
2	Akshay	34	M	Son
3	Kuldeep	32	M	Son
4	Meera	29	F	Daughter
5	Devki	26	F	Daughter

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RF - PP</u>
	<u>IE - J M SC</u>
	<u>Surgery - (LE) SICS + JOL</u>

**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 एतु गई सहायता राशी
1	<u>SCCH</u>	

**DECLARATION by APPLICANT (अनेकक द्वारा घोषणा पत्र):**

- 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 made 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथम झूठा पत्र जमा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इसकी घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में प्रकृत है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु अब भविष्य में नहीं, इस प्रपत्र का अंतिम या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अनेकक द्वारा करार)**

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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या छापने की जाय सहायता, मैं (अनेकक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और सब विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, एन. एन. एन. एन. द्वारा जहाँ जहाँ वे चुनते-चुनकर अन्य स्रोतों/नियोक्ताओं के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अनेकक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य में प्रयोग हेतु स्वतंत्र सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अनेकक के हस्ताक्षर या बायाँ तलुके का निशान



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

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 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से प्राप्त व सहायता नहीं है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अनुमति हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किया और सहायता संस्य या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता किने गये उपचार/उपचार का चुनाव होगा जो हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने जमाने की सभी जिम्मेदारियाँ लेना ही सही है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

<p><b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b>                  Dr. Ashwini Kumar                  M.B.B.S., M.S. Ophthalmology                  Reg. No. - 60029                  Date: _____</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)                  डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न</p>		<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)                  नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> 
<p>Date of Surgery / ऑपरेशन की तारीख                  2020-01-11</p>		

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1                  (यसकी हस्ताक्षर 1)</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2                  (यसकी हस्ताक्षर 2)</p> 
---	---