

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या		U/0120/1020		APPLICATION DATE आवेदन तिथी	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		Ram Sevak Sharma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम		Rami Ratan		SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		CIMCO - LEVER GALLERY I-156		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता		DISH - BHARATPUR, RAJASTHAN, 321001		Same as above	
OCCUPATION व्यवसाय		Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		2010000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या				NA	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / नहीं		✓	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	Radhika	61	F	Wife	
2.	Vivek	37	M	Son	
3.	Shivani	33	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किये गये विनियमों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न				
	RF - F M S C				
	LE - I M S C				
	Surgery - (LE) SICCS + JOL				
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 आय स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी			
1	SCFH				



Photo of (2020) Ram Sevak Sharma

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा योग्य कर):

- 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 rescission/cancellation.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं यथार्थ रूप में यह कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में सत्य प्रत्येक पत्र का है तो पेट्री सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यथार्थ रूप में यह कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्रस्तुत हैं।
- मैं यथार्थ रूप में यह कि मैंने कहीं और से भी वही मदद नहीं मांगी है, और भविष्य में भी ऐसा नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा कर):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/record/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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी स्वीकृति के साथ यथार्थ रूप में यह "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा, मुझे, पत्र, साक्षात्कार, दूरदर्शन से सुदूर वीडियोनिर्देश और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम हैं। मैं प्रत्येक विवरण को सत्य एवं सही रूप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकृति अधिकृत हूँ।
- मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी प्रकार के उद्देश्यों से प्रसारित है, मुझे स्वतंत्र सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के निर्णय अंतिम और अप्रतिहार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

रामसेवक शर्मा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर):

- 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:
- 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.
 - 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.
- हमारे अधिपत्य, इस प्रकार की और से प्राप्तकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेंगे/प्राप्त करेंगे यदि यह से उठा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उठा के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सक्षम हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उठा लेने/प्राप्त हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। योपी पर हमसब द्वारा ही यह सहायता प्रदान की जायेगी/प्रक्रिया का चुनाव उन्हीं इस हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में उन्हीं के हस्ताक्षर सुनिश्चित और जाने जाने को सारे निष्पक्षता से ही उठा लेंगे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS Ophthalmology

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

Reg. No. - 6825
Date: 11-01-20

ऑपरेशन की तारीख

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व तिथि व

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
On behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]