

URN-C-20-01-0451

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/0120/1022**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **10-01-20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Sobran Singh**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **73** | SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Jiva Ran**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Near Kishori Shyam Ki Dukan**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Bharatpur, Distt-Bharatpur, Rajasthan, 321001**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **same as above**

Pre op / Post op  
**(1022) Sobran Singh**

OCCUPATION / व्यवसाय: **shop keeper**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **240000**

(Attach Proof of Income) / (आप का साक्ष्य संलग्न करें): **NA**

FAN No. / स्वच्छ खाता संख्या:   
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर ग्राहक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): **Yes / No**  
 हाँ / 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 संबंध
1	Mother	65	F	Daughter
2	Veenuwati	40	F	Daughter
3	manju	37	F	Daughter
4	mukesh	32	M	son
5	Vikas	30	M	son

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**  
सहायता हेतु किसे क्या किन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<b>RE - I M S C</b>
	<b>LE - I M S C</b>
	<b>Surgeony - (LF) SICSTIOL</b>

**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 / जितनी राशि प्राप्त हुई है
1	<b>SCFH</b>	

**DECLARATION by APPLICANT - अर्शक द्वारा वाक्य पर:**


- 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.
  - 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, 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य भया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसके उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भूषण किया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु वह अर्थन को नहीं है, उस प्रति का अधिक या सकल विन्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न की लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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.
  - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न



**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:
- 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 अधिकृत, हस्पताल की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त रोगी/सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो गैर सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हस्पताल द्वारा जो गैर सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगीयों के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के हलाक सुख और आने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. Ashwini Kumar  
 M.B.B.S. MS - Ophthalmology  
 Reg. No. - 6607  
 Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व दिनांक

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



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

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यासी हस्ताक्षर 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यासी हस्ताक्षर 2
	