

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO / आवेदन संख्या: U6220/1127 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 01.02.20

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: chand Ram AGE-YEARS / आयु वर्ष: 77 SEX / लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Kankhaya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Kotara, Bahupura Kotara

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: DIST: BHARATPUR, RAJASTHAN, 321604

SAME AS ABOVE



Proof of Post of (1127) Chand Ram

OCCUPATION / व्यवसाय: Unemployed MARRIED / विवाहित:  UNMARRIED / अविवाहित:

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 24500/- (Attach Proof of Income) / (आय का सत्य सत्यन): NA

PAN No. / आई एन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1.	Angreni	46	F	Wife
2.	Prem Singh	50	M	Son
3.	Senaroi	47	F	Daughter in Law
4.	Mohan Lal	55	F	Daughter in Law
5.	Kalraji	40	M	Son
6.	Ravi	22	M	Grand son
7.	Shankar	12	M	Grand son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता के लिये विधि आधार**

BPL Card (Attach Card Copy) / वरीसों सेवा 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) / उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सत्य
---	--	--	---------------------------------------

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

Sr No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LE - JMSC
	Surgery - (RE) S.I.C.S + TOL

**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 / ली गई सहायता राशि
1.	SCEH	

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

- 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 immediate cancellation.
- I solemnly affirm that the assistance 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 or reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूने कथन अल्पसय प्राप्त है तो मैं इसे वापस किए जा सकता है।
- मैं इसे दावा या सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा जो इस प्रारूप में बत कर रहा है।
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने वापस नही कर प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अधिक या एकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बिमा कम्पनी में नही लिया है और न ही भविष्य में हूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा स्वीकार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use publication/print/produce my name, address, photo & details of the purpose, for which such assistance is requested/needed, 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.
- I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the purpose for which such assistance is requested/needed will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision regarding order/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 दावा या सहायता प्राप्त करने की दायरता, मैं (अर्शिक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस उद्देश्य में घोषित है, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, चप, वाचमन द्वारा उपचार से पहले गतिविधियों और उपचारों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रारूप का विवरण को इत्यादि के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- मैं (अर्शिक) इस दावा या सहायता प्राप्त करने और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत में घोषित है पूर्ण स्वरु: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर अपने ट्रस्टी: जीवन और वाचमन द्वारा।

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

अर्शिक के हस्ताक्षर या बाएँ का निशान

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

- 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 or financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation. In the event 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 commitment 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/recommended 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 for the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, स्वीकार्य को और मे समझने/सोचने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसका प्राप्त करने में हमें या हमें को है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकृत/प्रदान हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कर दिया है कि हस्पताल पूर्णतया सहायता उस सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। उपचार का चयन या किये जाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इत्यादि सहायता में योगी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें हस्तांतरित की गयी हैं और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ हम संस्थान में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	<p><b>Dr. Priya Agrawal</b> M.B.B.S. M.S. Ophthalmology Reg No. -58417</p> <p>Time..... Date..... (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिप</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तुगत अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------	--	--



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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 जयसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 जयसी हस्ताक्षर 2