

SRE-C-23-01-0004

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0123/0003		APPLICATION DATE: 03-01-2023 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	 PASTE PHOTO HERE Pre OP Post OP Sarla (0003)	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम		69	F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION: व्यवसाय		House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		48,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. स्थायी 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 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)	Kulbeem	72	M	Husband	
(2)	Ravinder	40	M	Son	
(3)	Samnath	39	M	Son	
(4)	Pandeep	36	M	Son	
(5)	Rekha	38	F	Daughter in Law	
(6)	Sahiba	33	F	Daughter in Law	
(7)	Seema	35	F	Daughter in Law	
(8)	Tamun	19	M	Grand Son	
(9)	Anshika	18	F	Grand daughter	
(10)	Ansh	16	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - Total senile cataract				
	LE - Pseudophacic				
	Surgery - RE - SLCS with PMMA				
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 ले गई सहायता राशी		

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 अपना करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिल को सबसे पहला और मनकारी को अनुसार सब एवं सही है। यदि कोई शिखर एवं कमल अस्तित्व प्राप्त जाता है तो वेही सहायता मिलने की जा सकती है।
- 2) मेरे हृदय को सहायता एहि: "भौतिक का प्रदर्शन", ये ही का रही है, प्रकाश उपयोग करते उदरप की पूर्ति को लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में बना गया है।
- 3) मैं मुनि करता हूँ कि निज सहायता हेतु यह प्रथम की गई है, इस एहि का अधिक या सफल विस्तार किसी अन्य छोटे/मिडियम/बड़े स्तरों से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रश्न पर ज्ञाने वाक्यांश या ओपेन एंडे छात्र लगाकर, मैं (आपेक्षक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वतंत्रों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता, फ़ोन और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एप में लायी, रण, सावधान्य सूत्रे उत्तरों से सुदृढ़ प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा कर विवरण परे इत्यादि के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या स्वतंत्र अधिकृत है।
- 2) मैं (स्वपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और विवरण जो कि सहाय्य के उत्तरों से अधिक है मुझे स्वतः सहाय्य का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एप में उसके स्वतंत्रों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આલોચક જો હમ્લાયાર પા અંગુઠે ના નિયંત્રણ

() Pself

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:

- 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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिष्ठाता, हस्ताक्षरों की ओर से यमलोक-लोणी में "योगेश्वर पञ्चानन्दराम" से विधिपूर्वक सहयोग होत सिपायियों की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोपम और न ही अधिक न मिलित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती है, जैसे कि इसमें "कोरिफा पावर-प्लेन" से निष्पत्ति/निर्गमन प्राप्त के सम्बन्ध में "कोरिफा पावर-प्लेन" प्राप्त नहीं है। यह "कोरिफा पावर-प्लेन" प्राप्त सहायता निम्नलिखित/सहायता प्राप्त सहायता नहीं प्राप्त है। यह सहायता किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मूल्य प्राप्त होती/प्राप्त होती किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेती।

2. "बोधिसत्व काठम्बेश्वर" से सी गई हस्तगत संगत विविध द्रव्युति की है। रंगी पर हस्तगत इस सी गई बरतह या किये गए उपनाश्रुतिया का चुनाव रंगी एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "बोधिसत्व काठम्बेश्वर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्तगत हस्तगत में रंगी को हस्तात सुखा और अपने जाने को साथी जिम्मेदारी रंगी एवं हस्तगत को हांणी और "बोधिसत्व" को कोई भविका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
03-01-2023

Dr. PRAVEEN SEN SHAHI

(Name of Dis. & Reim. No. with Stamp)

ह्याकर का नाम व हस्ताक्षर व सील व

XIV EK PANA

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
मुख्य चिकित्सक अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधरा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तधार २



भारत सरकार
Government of India

नाम
Date
आम ID/DOB 01/01/1984
लिंग / Gender



8445 4274 3198

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारत सरकार
Unique Identification Authority of India

पते
आधार कार्ड, आम आदमी
अवधि, अतिरिक्त, 1000 मीटर
पिनकोड

Address
UID Card, Aam Aadmi
Duration, Extra, 1000 m
Pincode: 24-120

8445 4274 3198



Right thumb