

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0027

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

05/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Sugar Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

83

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

Lal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bad Jagichi, Bandikui,

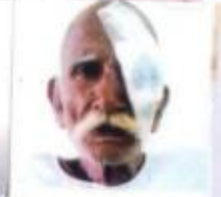
Dist. Dausa, Rajasthan, 303313

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop



Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

60000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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 सम्बन्ध
1.	Badami	80	F	wife
2.	Jeetu	38	M	son
3.	Kalbma	36	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - (LE) SICS + PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ की घोषणा करता हूँ "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस प्रत्येक में बताए गए उद्देश्य के लिए किया जाएगा।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पूछ रहा हूँ और न ही भविष्य में पूछूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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.
- 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करने में सक्षम हूँ। इस उपयोग के माध्यम से, मुझे "कॉशिका फाउन्डेशन" के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किसी भी माध्यम (शुद्ध, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि) का उपयोग करने में सक्षम हो जाऊंगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरी नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए मुझे सहायता मिलने का कोई भी दावा नहीं होगा। सहायता देने का फैसला केवल "कॉशिका फाउन्डेशन" के "ट्रस्टी" के द्वारा ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक का हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप

**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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की आर से घोषणा करने को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी मरीज/रोगी के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जब तक कि हमें "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता मिले। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पूर्णतः अस्वीकार/अपूर्ण रूप से अस्वीकार की जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।
- 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हम (हस्पताल) इस बात की पूर्ण गारंटी देते हैं कि हमारे मरीज/रोगी का उपचार/चिकित्सा का चुनाव हमारे अंतर्गत चिकित्सा विभाग द्वारा ही किया जाएगा, जो मरीज और "कॉशिका फाउन्डेशन" के बीच कोई भी समझौता नहीं है। हमारे मरीज/रोगी के उपचार/चिकित्सा का चुनाव हमारे अंतर्गत चिकित्सा विभाग द्वारा ही किया जाएगा, जो मरीज और "कॉशिका फाउन्डेशन" के बीच कोई भी समझौता नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश



(Name, Designation, and Signature of the Authorized Signatory)

नाम, पद और हस्ताक्षर (अधिकृत अधिकारी)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
Time.....Date.....

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2