


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: 1042310056		APPLICATION DATE: 12-04-2023		
NAME of APPLICANT: Mrs. Shiksha		AGE-YEARS: 72	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Bimam Singh				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Bahadurpur, Tikmal, Bahadurpur, Tikmal, Udaipur, 247452				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: Home Maker				
TOTAL ANNUAL INCOME: 55,000 (Family Income)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
PAN No.: NA		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न) NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Bimam	68	M	Husband
2	Lalit	48	M	Son
3	Naveen	45	M	Son
4	Anita	47	F	Daughter in Law
5	Pradip	43	F	Daughter in Law
6	Ramji	19	M	Grand Son
7	Ramji	17	F	Grand daughter
8	Ramji	15	M	Grand son
9	Sunil	12	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis - RE - cataract			
	LE - cataract			
	Surgery - RE - IOL with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निगोशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)


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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

 P-SELF

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:

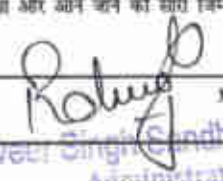
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

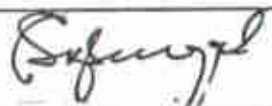
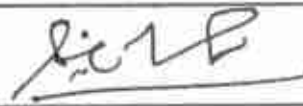
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेंगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12-04-2023	Dr. Ravi Raj Jain MBBS, DOMS (AMU) MCI Reg. No. 77567 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Ranveer Singh Sandhu Administrator Dr. Shree's Charity Eye Hospital (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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	

भारत सरकार
Government of India

नाम
Shukla

जन्म तिथि / DOB : 01/07/1951
लिंग / Gender

5817 5735 8234

नाधार - आम आदमी का अधिकार

भारतीय पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

पता : आशीषी बिसु, सिर,
बहुमनपुर, निकट, गुरुगुरु
निकट, अरु, पिन: 247452

Address: W/O Ashish Bishu, Sir,
Bhumapur, Near, Guruguru
Near, Aru, Pin: 247452

5817 5735 8234

1800 300 1347

www.India.gov.in

Left
शिक्षा