C-20-11-0428

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या	A/1120/0120	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	25/11/2024
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Aashina	AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55	SEX लिंग: M
FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम	Ismail		





Preop. 0120 Post op Aashina

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Kalgaon, Tel. - Kishangarh,
Dist. Alwar, Rajasthan - 301405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION व्यवसाय	Farmer
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	✓
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	65,000/- (Family)
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	NA
PAN No. पैन संख्या	NA
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आयकर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)	YES (हाँ) / NO (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध संबंध
1.	Asmina	53	F	Wife
2	Rehaundeen	32	M	Son
3	Rahid	30	M	Son
4	Tahir	27	M	Son

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

BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेखा से नीचे (संलग्न करें)	PWD Certificate (Attach Certificate Copy) विकलांग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड संलग्न (प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु लिए गए विवरण का उद्देश्य

Sr. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा रिपोर्ट व पर्चे जो कि आवेदन के साथ संलग्न हैं
(1)	Diagnosis — RE- Senile Cat.
	LE- Senile Cat.
2.	Surgery — LE- SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता लिया जा रहा है (यदि हाँ)

Sr. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो राशि सहायता प्राप्त
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my application & ongoing association, 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/organization/charitable company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की सहायक राशि "कोशिका कार्यक्रम", से ली गई है, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या पूरक किसी अन्य धर्मार्थ/चैरिटेबल/सोशल 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 fulfilment 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका कार्यक्रम" और इसके न्यासीगण " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" इसमें चाहे एक, दो या अधिक तरीकों से जैसे मौखिक, मुद्रित, इलेक्ट्रानिक या किसी भी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में कहीं भी किसी "कोशिका कार्यक्रम" के लिये 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 पूरा करना, सहायता का स्वचालित रूपों करायेगा, इस संबंध में "कोशिका" इसमें रखने वालियों का निर्णय अंतिम होगा और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

RT
Roshna

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, or part of 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 means that the Hospital will not avail any Subsidy 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 this matter.

उपरोक्त अधिकृत, हस्ताक्षरी को यहां मैं मान्यतादेने की "कोशिका कार्यक्रम" से चिकित्सा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, हम (चिकित्सालय) निम्न प्रकार से सहमत व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में चिकित्सा सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्त्रोत से प्राप्त एवं प्राप्तकर्ता में लेंगे जो हम हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कार्यक्रम" से निवेदनकिया है। यदि "कोशिका कार्यक्रम" द्वारा सहायता हेतु कि है। यदि "कोशिका कार्यक्रम" द्वारा सहायता/किसी अधिकारक्षेत्र हेतु मांगा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य स्त्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डिक्लेन करता इसका रोगी/मामले हेतु किसी भी सब्सिडी सहायता का किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेंगे।

2) "कोशिका कार्यक्रम" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या प्रकरण द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका कार्यक्रम" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। परिणाम स्वरूपतः से होगी के उपचार सुरक्षा और आगे उसके की सभी जिम्मेदारी पूरी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. NUPUR GUPTA MS (OPHTHAL) Reg. No. DMC/06622 Name & Designation of Doctor (Legible) with Stamp) डॉक्टर का नाम एवं पदनाम (स्टैम्प सहित)	MASSEY Administrator Dr. Shroffs Eye Hospital, Jalandhar Name & Designation of Authorised Signatory with Stamp प्राधिकृत हस्ताक्षरी का नाम एवं पदनाम (स्टैम्प सहित)
26/11/2019		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन हेतु

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

30.12.2019