

091-09-0655

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : **A/0921/0249**

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि **24/05/2021**

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम **Kj8+001j**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **65**  
SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/सहोदर का नाम **Ram Lal**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता  
**Wardage - Gawalder, Teh - Tujwara,**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता  
**Durg - Aulwar, Rajasthan 30707**

**Preop 0279 Dagnop Kdstatus**

OCCUPATION : व्यवसाय **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **85000 (Family)**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) **N/A**

PAN No. स्वयं का 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 चिह्न लगाएं) **No (ना)**

**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	ANIL	30	M	SON
②	ASHOK	36	M	SON
③	HOSHIAAR	25	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) कल्याण आग लक्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे मने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवा/आवेदन सूची संलग्न
①	<b>D. J. Singh - RE - SENILE CAT LE - P.P</b>
②	<b>S. B. Singh - RE - CATARACTAL LG (JAHIN90) BM SS880JMD-ON-0*</b>

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	<b>NULL</b>	

**DECLARATION by APPLICANT: अर्शक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं गंभीरता से सहायता को "कॉशिका फाउन्डेशन", से लेने का उद्देश्य है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत, या मेरे नियोक्ता या मेरी बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कॉशिका" एनएमडी, वार, मानव/संस्था द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के चालू या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" में न्यासीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एनएमडी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

RT.  
Kishore

**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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये लेने का उद्देश्य है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिफलित करने के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी, तो हमें स्वतः सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये लेने और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।

2 "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेने का उद्देश्य केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कॉशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>25/09/2021</p>	<p><i>Nupur</i> <b>Dr. NUPUR GUPTA</b> <b>MS (OPHTHAL)</b> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) eg. डॉक्टर का नाम व हुमाकृत व मुद्रा</p>	<p><b>CHARAN MASSEY</b> Authorised Signatory (Name, Designation &amp; Seal of Hospital) Dr. Shroff's Eye Hospital नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>