

C-11-09-0661

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

A1092110283

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

24/09/2021

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Phoodwati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F



Preop
0283

Postop
Phoodwati

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम

omi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Guwalda, Teh - Tulsiga,

Dist - Alwar, Rajasthan 301007

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

55,000/- (Family)

PAN No. उपर्युक्त खाता संख्या

NA

Yes/No
हां/नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर शुदा है (जो मन्त्र हो उस पर सही का निशान लगाय)

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.	Babulal	40	M	SON
2.	Manoj	35	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्नों का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis - RE - SINGLE CAT. LE - D.P.
2	Surgery - RE - STCS + IOL M. S. NARAYAN M. S. NARAYAN M. S. NARAYAN

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 तो गई सहायता राशि
1	NILL	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

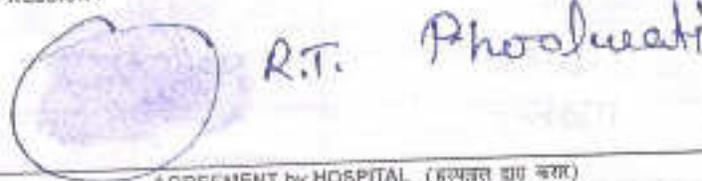
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं दायन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र में है।
- 3) मैं यืนยัน करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पर भविष्य में नहीं हूँ, उस यदि का वारंटिक या सफल विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर मैं (आवेदक) अपनी स्मरति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषणा है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, वाचनायुक्त द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रसारित और प्रसारित/प्रसारित के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के प्रारूप से न हो कर न हो करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न लाने अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

 R.T. Phoolwadi

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.

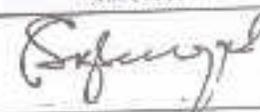
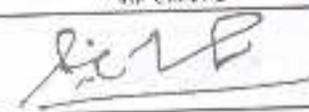
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरस्त प्रस्ताव से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक सहायता से किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है तो हमें सहायता के लिये सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय/प्रकृत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस यक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता उक्त के लिये/सहायता हेतु किसी भी सहायता से उठाया जा सकता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रकार इस से नहीं प्रभावित है जिसे हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हमें सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा निर्णय प्रस्ताव कर कोई सहायता नहीं है। इसलिए हमें सहायता से रोगी को स्वतंत्र सहायता और सहायता के लिये निर्णय/निर्णय हेतु एवं हमें सहायता की होगी और "कोशिका" की कोई वित्तीय सहायता/प्रकृति इस सहायता से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 25/09/2021	 DR. CHARAN MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) Dr. Shree Eye Hospital, Alwar	 CHARAN MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) Dr. Shree Eye Hospital, Alwar
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर 2 
---	---