

C-21-09-0658

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Nurturing Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A1090110286

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/09/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jemila

AGE-YEARS आयु वर्ष

76

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Sajpu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Gurdan, Teh - Jaisalmer,

Dist - Jaisalmer, Rajasthan 345007

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Pres

0286

Post

Jemila

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55,000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. ट्वाई खाता संख्या

N/A

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

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

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 से संबंध
1	Umesh Chaudhary	42	M	Sm
2	Bharat Chaudhary	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कौनसे आधार आश्रित

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
प्रधानमंत्री पेंशन योजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	प्रधानमंत्री पेंशन योजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	प्रधानमंत्री पेंशन योजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	प्रधानमंत्री पेंशन योजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौनसे आधार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
1	Diagnosis - RE - CATARACT LE - CATARACT
2	Diagnosis - RE - STICUS TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से हो या नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्रा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस उद्देश्य को अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रांत/नियोक्ता/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 its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रास्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और या विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रणम्य मास, चित्र, अथवा अन्य दूसरे माध्यम से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के फलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रणम्य अपने त्रास्टी को निर्णय लेगा और स्वीकारा होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मान्यताप्राप्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और एजेंसी से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आवश्यकता/सकत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और एजेंसी से मदद या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल इतनी मदद उठाएगी/प्राप्त करेगी कि किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किने 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 अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
आवेषण की तारीख

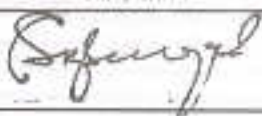
25/9/24

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
Reg. No. DMC/06822
(Name of Doctor & Design. No. With Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

CHARAN MASSEY
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा/आधिकार

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
त्रास्टी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
त्रास्टी हस्ताक्षर 2
