

C-4-09-0718

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या: A/0991/0292

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि: 9/10/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gujab Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

M

FATHER/SIBROUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Poojha-ti

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village: Gandanra, Teh: Laxmanpura

District: Alwar, Rajasthan - 301021

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



Photo
0992

Postap
Gujab
Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

85,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी पता 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 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 के साथ सम्बन्ध
1	Resh deva	52	F	Wife
2	Uja Singh	28	M	SON
3	Rahul	25	M	SON
4	Mona	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPE Card (Attach Card Copy) परिवारिक श्रेष्ठ/के.पी.के. प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) प्रमाण पत्र को ध्यान प्रति संलग्न करें	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई-किसी प्रमाण पत्र
---	--	---	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Gujab Singh - RE - SENILE CAT LE - SENILE CAT
2	Singh - RE - STC + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

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 झूठा बयान एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापित करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उक्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस प्रति का अधिकांश या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बिमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा वक्त)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 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 (आवेदक) यहाँ वक्तव्य कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जो "कोशिका" फाउन्डेशन, अपने, भविष्य में, द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये उपयोग करेगी और इनमें से किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप पर प्रकाशित होने वाले मेरे फोटो को मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में किसी भी उद्देश्य के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका फाउन्डेशन" को उपयोग करने के लिये सहायता की हस्ताक्षर नहीं करता। इस उपयोग में "कोशिका" फाउन्डेशन किसी भी उद्देश्य के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

28/1/21

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वक्त)

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 advice of the physician/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, हस्ताक्षर करने वाले के द्वारा यहाँ वक्तव्य कर रहे हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्त सहायता हेतु रोगी/रोगी को नहीं है, जिस हस्त (हस्पताल) निम्न प्रकार से नाम व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरी अधिकृत और न ही भविष्य में वित्त सहायता किसी भी प्रकार के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये प्राप्त करने के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्न अधिकृत/अवकाश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकृत पूर्णतः रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये नहीं सहायता स्रोत या किसी अन्य माध्यम से नहीं ले सकते हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्त सहायता को है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर करने वाले का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई, स्वयं नहीं है। इससे हस्पताल में रोगी को उचित सुझाव और जाने जाने वाले सभी जिम्मेदारों द्वारा एवं हस्पताल को अपने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/1/21	 Dr. NUPUR GUPTA MS (OPHTHAL) Reg. No.-DMC/08022	 CHARAN MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Administrator Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अवसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अवसी हस्ताक्षर 2