

C-21-09-0725

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0921/0293

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

27/09/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gulkaundi

AGE-YEARS आयु वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/वधू का नाम

Nawal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Ashadwary Teh - Kathua

Dist - Jammu Rajasthan - 321605

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

Preop Pastor
0293 Gulkaundi

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्तव्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No

हैं / 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	Nawal Singh	63	m	Husband
2	Ajit Singh	41	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis :- RE - TOTAL SENILE CAT- LE - P.P.
2	Suspected - RE - ALZHEIMER + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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, liable for rejection/cancellation.

- 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, 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 सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि बिना सामान्य हेतु पर प्रार्थना की गई है, उस परिणाम अतिरिक्त या सकल दिवस किसी अन्य स्रोत/निर्माणाधीन कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वतंत्रता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचनालय पुस्तकें उद्घरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि हस्ताक्षरों ने उद्घरण में घोषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का विचार अंतिम और वास्तविकी होता।

आयुर्वेद का इस्तेमाल या अभूते का निशान

PRESSION

RT
Gulfcard

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. The 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.

इसमें अक्षिपुत्र, उग्रनाथी की श्रम से मासले/रोखी की "कोशिका काबरेल" से विविध मलापक जुगु किराजिष की कही है, जिसे हम (इसपुत्र) निम ज्ञाता से मन्त्र व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधिपत्य, इत्यादी की ओर से सामंतीयों की "बोशिका फाउन्डेशन" से विधि सहायता हेतु विचारों को जमा है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से देखेंगे: हमारे सामने दो प्रश्न हैं: 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधि सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उका रोगी/पागल में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिड/विनिमि उका के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमि अधिकारकाल हेतु मन्त्र नही किया जाता है तो अस्पताल किसे अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस मूल्य में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मदद अन्त रोगी/पागल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "बोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विधि प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिदे गये उपचार/प्रक्रिया का मुक्त रोगी एवं इसका जे बीच का विशय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान नही है। इसलिये हमारा मत है रोगी के हलचल सुरक्षा और अपने खर्च की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इसका को होगी और "बोशिका" की कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतो के लिए संस्तुति

28/3/21

DR. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
Reg. No. - DMC/19822

CHARAN MASSEY
(Name, Designation & Branch of Authorised Signatory)
Administrator
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपस्थापित हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE :
 त्रयी दस्तखत :

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इत्यादि 2

212