

C-21-09-0765

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0921/0296

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/09/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Fakiraj

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

Bihari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village = Salas Puri, Teh = Tulsigan,

Dist = Alwar, Rajasthan - 301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above

Preop Postop
0296 Fakiraj

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65,000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई 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 लगाएं)

Yes/No

हां/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 सम्बंध
1-	Ramprasad	70 year	F	Wife
2.	Girish	38 year	M	Son
3.	Baldev	37 year	M	Son
4.	Baldev	36 year	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती 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 - SENILE CAT.
②	Surgery - RE - STAPLE TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: **अर्थ: मा घोषणा गर्नुहोस्:** I declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void.

- 1) मैं धोखा क्यों हूँ कि इस प्रारूप से बिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसरण सभा एवं नहीं है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी इच्छाया निरस्त की जा सकती है।

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

- 1) इस दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाएँ, यदि (आवश्यक) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नवसंस्थाओं" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एलम् न्यासी, राज, राजन/या दूसरे उद्देश्य में मुझे प्रतिनिधित्व और उत्तराधिकारों के लिये किसी भी प्रकार आवश्यक से प्रमाणित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवश्यक) इस बात से अवगत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वयं: सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनता। इस दस्तावेज़ में "कोशिका" एलम् उसके न्यासियों का निर्माण और आवश्यकता होगी।

SESSION 1

L-T
faktin



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitals) hereby affirm & accept following:

- हमारे अधिवक्ता, इलाहाबाद को और दो मामले/संगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से जितित सहज्यता हेतु रिक्तित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितीय साहाय्य किले व/वाक्यी संस्था या किले अन्य स्वात से उक्त रोपे/पागत में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विफावित/विनि उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहज्यता किलि अधिकांशकल हेतु मान्य की किय जाता है तं अस्पताल किले अन्य और सरकारी संस्था या किले अन्य संस्था से सहज्यता लेने का अधिकार पुर्णतः गत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद उक्त रोपे/पागत हेतु किसी और सरकारी संस्था या किले अन्य साधन से की रोपे/संगी।

- RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

23/9/21

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)

Reg. No. DMC06623

CHARAN MASSEY
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of the Institution)
Dr. Saroj Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरांग उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

Erfaug

Self