

C-23-06-0052

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0623/0306

APPLICATION DATE: 03-06-2023

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Katuli

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Almudeen

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village-Baghar, Teh-Tizara, Dist-Firozpur

Rajasthan-30411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55000 (family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. आई खता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहो को निशान लगाएं)

Yes / हाँ / ☒ No / 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.	Almudeen	65	M	Husband
2.	Isab	40	M	Son
3.	Parmeen	35	F	Daughter in law
4.	Mohit	10	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - SENILE CATARACT LE - SENILE CATARACT
2	Surgery - RE - PHACO WITH PMMA IOL

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 ली गई सहायता राशी
1	Nil	



preop

postop

0306

Katuli

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कएल)

2) मैं (आपका) इस बात में सहमत हूँ कि मैं आप, पांडे और विक्रम को बिना आपकी कटौतियों से अधिक है मुझे पता: सहमत या इनकार नहीं करता: इस संबंध में "कोशिका" आपसे उनके पत्रों को जारी रखें और संपर्क करें।

R.T. Kachuli

2. "कोशिका काउन्टेशन" से भी यह साहचर्य केवल विशिष्ट प्रकृति की है। रोगी पर हमला होने से पूर्व सलाह का बिन्दु पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए हमला में रोगी की इच्छा मुख्य और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला के हाथों और "कोशिका" को कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्थिति

8/06/23

Dr. BASITALI LAKHANI
DNB (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Govt.)
Reg. No. DMC-105762

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroffs Eye Hospital Alwar
 नाम व पद सम्पन्न अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर २

Safeway

Rich