

C-25-07-0343

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: <u>A/0725/0317</u> आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: <u>08-07-25</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: <u>Rukmani</u> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष: <u>70</u> SEX लिंग: <u>F</u>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Rajasthan-932515</u> पिता/कटुम्भ का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>Village- Pachare Kalam, Teh- Buhana, Dist- Alwar</u> <u>Rajasthan- 302515</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता <u>At Above</u>				
OCCUPATION: <u>Home maker</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>50000/- (Family)</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <u>NA</u>		
PAN No. स्थाई खाता संख्या <u>NA</u>				
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 सम्बंध
1	Mahaveer	72	m	Wife
2	Sunid	45	m	Son
3	Wairan	25	f	Daughter-in-law
4	Garvit	19	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 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 senile cataract LE senile cataract			
2.	surgery - LE - SLCS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
1.	N/A			



Pre-op Post-op

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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या सकल हिस्सा किसी अन्य धर्म/निरोधक/वीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 it's 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के शिथे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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:

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मायले/रोगी को "कांशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही अधीन में स्थित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उच्च रंगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिस्टरशिप/विपत्ति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपत्ति आशिका/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उच्च रंगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता केवल धार्मिक प्रकृति की है। रोगी पर हमला द्वारा सी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमला में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हमला की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Reg. No. DMC/B/12598

YOGESH YADAV
Assistant Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of behalf of Hospital)
Dr. Shri Ram's Charitable Hospital
ALWAR (Raj.)
नाम, पद, नामांकन, अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी हस्तक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर 2