

C-21-10-0068

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building back of life

APPLICATION No.: Allogias  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 04/10/2021  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Dyadji Bai  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 68 वर्ष  
SEX F लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sohan Lal  
पिता/कटुण का नाम



PROOF Postup  
0325 Dyadji

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Village - Samanwali, Teh- Ramgarh,

Dist:- Bulsar, Rajasthan - 301026

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
as above

OCCUPATION: Home Maker  
व्यवसाय

MARRIED (सिद्धि) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 85,000/- (Family)  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का सत्य प्रमाण) NA

PAN No. NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी का निशान लगावे) Yes  No

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 संबंध
1	Soham Lal	55	M	son
2	Baksh	40	M	son
3	Dhanshan	35	M	son
4	Jagdish	30	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीपी कार्ड के नोपे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached, अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - <u>RE - SENILE CAT-</u> <u>LE - SENILE CAT-</u>
2	<u>SUGGESTION - LE - SICKS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 सी गई सहायता राशि
1	<u>NULL</u>	

**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 मेरे वास्तविक ज्ञान एवं धर्म के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन अस्वीकार्य पाया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता, केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही उपयोग की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने स्वास्थ्य के लिए किसी भी प्रकार की सहायता या भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से भुगतान नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप का उपयोग मेरे स्वास्थ्य के इलाज के लिए या उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप पर "कोशिका" द्वारा मेरे स्वास्थ्य के इलाज के लिए या उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए प्रचारित किया जा सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

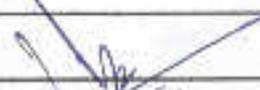
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

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.

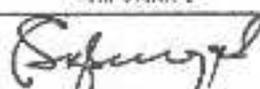
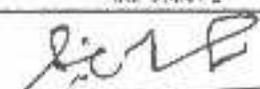
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की ओर से यहाँ दिये गये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए या उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय कारिराज/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या भुगतान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उसी रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/10/21	 <b>Dr. NUPUR GUPTA</b> MS (OPHTHALM) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं.	 <b>CHARAN MASSEY</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. श्रवण कुमार अग्रवाल नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रस्टी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रस्टी हस्ताक्षर 2 
--	---