

C-21-10-0144

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1021/0344

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

07/10/2021

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Asarfi Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Ratan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Reta, Teh - Laxmangarh,

Dist - Alwar, Rajasthan - 321605

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

Pre op  
0344Post op  
Asarfi  
Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

50000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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 सम्बन्ध
11	Bedam Singh	65	M	Husband
12	Jeet Ram	33	M	Son
13	Pateh Singh	30	M	Son
14	bhullii	28	M	Son
15	Singh	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) खरीबी रेटा के नौचे 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 - TOTAL SENILE CAT. LE - TOTAL SENILE CAT
2	Surgery - RE - STICS 4100 10 1598012400 018 020

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	117LL	

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 सोचना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहायता निराश की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहाय्य राशि "कैशिक काउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आर्थिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छात्र/पिछोछक/बीना कम्पनी से न लो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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

- 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 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अवलोकक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइटेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एचएम न्यासी, राज, याचना या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गौरीचौधरी और उपस्थितियों को लिखे 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 फाइटेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उद्धृत है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचएम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेष्टक को समझाया या अंगुठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (HOSPITAL USE ONLY)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार, हमलाधारी की ओर से समले/ऐसी को "कोशिका फाटने" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- (1) यह कि न तो कार्यवाही और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी साधन या किसी अन्य इच्छा से उक्त ऐंगी/ग्रामसे में लेने या से रहे है, जिस कि इनमें "कोशिका फाट-टोशन" से सिरकार/विनियम उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाट-टोशन" द्वारा मरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाट-टोशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरण उक्त ऐंगी/ग्रामसे हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाटनेशन" से तो गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हम्यतात द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हम्यतात के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हम्यतात में रोगी के इरादों सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हम्यतात की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Date of Surgery**  
ऑपरेशन की तारीख

8/10/21

Dr. NUPUR GUPTA

MS (OPHTHAL)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

५००, No.-DMG/७६६२३

CHARAN MASSEY

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroffs **Symbolist of Hospitals**

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी दम्ताभा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्ताक्षर २