

SRE-C-21-09-0659

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

C/0921/0375

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/3/2021

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lahal Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Kilaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nalhera gujar Sahasrampur Mehar Pradesh
2414311

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As Above

Preop Postop
0375 Lahal Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

58,000/-

(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 खंडों का 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.	Himla	69	F	Wife
2.	Arvind	45	M	Son
3.	Pravesh	46	M	Son
4.	Anita	43	F	Daughter in Law
5.	Parmela	41	F	Daughter in Law
6.	Saksham	15	M	Grand Son
7.	Shale	12	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis : RE. Senile Cataract
	RE. Senile Cataract
	Surgery : RE. STCS+IOL

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 सी गई सहायता राशी
	SCCH	

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 Keshika 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो महाशया राजा "कौरिक भाउडेशन", से सी वा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाये, जो इस प्रकरण में करा गया है।

3) मैं झूठ करता हूँ कि विमल महापात्र हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य कोष्ठ/निधेयक/बौद्ध कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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.

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 अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और ये विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" एवम् नवमी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि येण नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि संज्ञापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है भुले स्वतः संज्ञापता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोलिका" एकमे ठाकाने न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अथर्ववेद का हस्तक्षर या अंगुरी 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:

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 अधीनस्थ, हस्तक्षेप की ओर से व्यवस्थे/राजी को "कॉलेजिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विपरीत की जाती है, जिसे हम (इसपलस) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही भाषिय में विहित सहायक किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कोल से उक्त रोगी/घामले में लेये या ले रहे हैं, जैसे कि इन्ने "कोशिक फाउन्डेशन" से निष्पत्तिश/विधित उक्त कं सम्बन्ध में "कोशिक फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिक फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधित अतिरिक्त/सकल हेतु सम्भु नही किया जात है तो सम्भवत किन्ही अन्य नैर सरकारी संस्थान या किन्ही अन्य सम्भुपन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि सम्भवत द्वितीय मद उक्त रोगी/घामले हेतु किन्ही नैर सरकारी संस्थान या किन्ही अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायब्रेशन" से तो यह संश्लेषण केवल विविध प्रकृति की है। रंगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई संलग्न या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फायब्रेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रंगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी विषयवारी रंगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या विषयवारी से पहले में नहीं होगी।

VIVEK RANA

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Administrative

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PRAVEEN SENS
DMC - 97415

Shroff's Charity Eye Hospital
(MANANI)

17/9/2021

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद इसताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर २