

5-21-10-0378

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: A/10210385		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 16/10/2021	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Bhor Devi Sharma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 91	SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम Ramjidal Sharma		 Photo 0385 Bhor Devi Sharma	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता			
Village - Dera, Teh - Raigarh, Dist - Alwar, Rajasthan - 301403			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता			
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 60,000/- (Family)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. च्याई खाता संख्या NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (बो फन्स हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		Yes / No हा / नहीं ☒ ☐	
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Ram	90	m
2	Muthan Lal	50	m
3	Chhaya		m
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू 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 विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis - RE - SENILE CAT LE - SENILE CAT		
2	Surgery - RE - SICKLE CELL		
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 की गई सहायता एमटी	
1	NIL		

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक दुरा योषण नर):

- 1) 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 योषण करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" में दी जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रकरण को रखा है, उस रशि का आंशिक या सफल जिस किसी अन्य स्रोत-नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक दुरा 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/republish 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) (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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके न्यासीयों "को" अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, संचारण/दूसरे उद्देश्यों में मुझे वित्तियोग्यताओं और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शेक 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, so 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, हस्ताक्षर की और जो मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में से जो या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/प्रस्ताव हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन में नहीं होगा/होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये इलाज/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

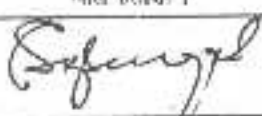
16/11/24

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)Reg. No. BMC/08522
Name of Dr. & Reg. No. with Stamp
डॉक्टर के नाम व पंजीकृत संख्या के साथ

CHARAN MASSEY

(Name, Designation of Authorised Signatory
Dr. Shroffs Eye Hospital, Awar
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामही हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामही हस्ताक्षर 2
