

C-24-10-0384

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: A1102110391		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 16/10/2021		 	
NAME of APPLICANT: अवेदक का नाम Bacchi Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 71	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम Banwari Lal Saihi		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Hindonia Ki Dhani, Badiwa, Teh- Badiwa, Dist- Dewa, Rajasthan - 303394			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता as above			
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ MARRIED		Photo 0391 Post of Bacchi Devi	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 50,000/- (Family)		(Attach Proof of Income) (आय का सक्षय सत्य) NA			
PAN No. स्थाई कर 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 लगाएं)		Yes / No हां / 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 अवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	Banwari	60	M	Husband	
2.	Nishant	40	M	Son	
3.	Mahesh	39	M	Son	
4.	Vishnu	33	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किसे एवं किसकी 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 - SICS + IOL (JAN 190) ON 55880/2407-014 049				
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया तो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली		
1)	NONE				

DECLARATION by APPLICANT: अवधिद्वारा दत्त 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 Koserika 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 प्रार्थना करता हूँ कि इस प्रारूप से दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वा अन्य अस्पष्ट या गलत है तो मेरी ग्राह्यता नियम की भा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो ग्राह्यता प्रति "कार्यिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसके उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में लिपि किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिसे ग्राह्यता मैंने इस प्रार्थना की गई है, उस प्रति या अधिक या अधिक किसी अन्य संगठन/विद्यार्थी/बौद्धिक कार्यालय से न ली गयी है और न ही भविष्य में ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक हाण करप)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 हवाला या ओंठों की भाँति लगाकर, मैं (अर्थदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉलिका" एवम् न्यासी, छान, खचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी तृतिविधियों और उपलब्धियों को स्थिति किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हवाला के पहले या बाद से करने के लिए "कॉलिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदनक क हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

A black and white micrograph showing a single cell. The cell is roughly oval-shaped with a thick, dark border representing the cell membrane. Inside the cell, there is a large, dark, and highly textured region that occupies about one-third of the cell's volume, which is the nucleus. The surrounding cytoplasm is lighter and has a granular appearance.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल ह्या करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अभिन्न, हस्तशरीर को जोर से मजबूत/देवी को "कोशिका काउन्टेशन" से प्रेरित सहायता हो। सिफारिश को नहीं है, सिर्फे इस (हस्तशरीर) निम्न प्रकृत से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो खांदाज और न ही भविष्य में चितवन स्थापना किसी नए सरकारी संस्थान या किसी अन्य खातों से उक्त ऐग्रीजमेंट में तैरी या से रहे है, जैसे कि इनमें "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" से निराशा/किस्ति उक्त से सम्बंध है "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा स्वर हेतु कि है। यदि "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा स्थापना विनित आशिक/सकल हेतु मन्तुर नही किया जाता है तो अल्पतम किस्ती अन्य नै सरकारी संस्था या किस्ती अन्य संस्थापन में महापत्र लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पतम द्वितीय स्तर उक्त ऐग्रीजमेंट हेतु किस्ती नै सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" से ती नई सरकारी कंपन विधेय प्रकृति की है। गैरी या हस्तगत द्वारा दी गई सहाय या किस्ती पावे उच्चा/प्रक्रिया का पुनर्ग ऐग्रीजमेंट हस्तगत से बीच का विधेय है और "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा किस्ती प्रकृति का कोई दायव नहीं है। इसिल्ले हस्तगत में गैरी की हस्ता मन्तुर और आगे बारे की सारी विमर्शते ऐग्रीजमेंट हस्तगत की होगी और "कॉरिक्टा" की कोई प्रक्रिया या विमर्शते इस पापन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/10/21

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)