

C-21-10-0499

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1021/0407

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

19/10/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mangatu Ram Jangid

AGE-YEARS वय-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Nattu Ram Jangid

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Village - Bheelwar, Teh - Alwar,

Dist - Alwar, Rajasthan - 301406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

Preop Postop
0407 Mangatu
Ram Jangid

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

54,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. क्या है/संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (यदि मान्य हो तब पर छोटी का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार की 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
1	Sanjay	35	M	Son
2	Anil Kumar	33	M	Son
3	Hemish	30	M	Son
4	Prem Chand	26	M	Son
5	Brajesh Kumar	22	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता की निम्ने विधि आधर

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विकारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - P.P. LE - SENELECAT
2	Surgery - LE - ST. 6 SURTODIO LIATHINODIEM

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 तो गई सहायता राशि
1	NIL	

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 reimbursements, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान प्रस्तुत किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" एम्बेल्स, एन, पावरपॉइंट प्रेजेंटेशन और वेबसाइटों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे हस्ताक्षर या छाप के बिना मेरे हस्ताक्षर के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में किसी भी उपयोग के बिना।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिये दिये गये हैं, सहायता का इस्तेमाल करने के लिये इस संस्था में "कोशिका" एम्बेल्स, एम्बेल्स, एम्बेल्स और अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

Mang Singh Rana

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अनिवार्य है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल वित्तीय उद्देश्यों के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है। सहायता के उद्देश्यों के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/10/21	Dr. NUPUR GUPTA MS (OPHTHAL) Reg. No. 011600822 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)	CHARAN MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>Singh</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>Shroff</i>
--	---