

C-21-10-0521

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षामाल)Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1001/0411

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

20/10/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Meera

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहस्र का नाम

Balram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village - Baradahan, Teh-Kathumbar

Dist - Alwar, Rajasthan-321607

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As above

Presid Post
0411 Meera

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. क्या उक्त संलग्न

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Balram	57	M	SON
2.	Niraj	12	M	SON
3.	Anshu	8	BM	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) कृषक आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे यह विवरण का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE-SENTILECAT IE-SENTILECAT
2	Surgery - LE-STICS+TOL

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE इस उद्देश्य हेतु प्राप्त सहायता राशि
1	NA	

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा है:**

- DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा**
- 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 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.
 - 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से असत्य प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे कभी भी सहायता मिलेगी, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 - 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से कोई भी रीकम्पेंस, पूर्णतया या आंशिक रूप से, भविष्य में नहीं करूँगा।
- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source for the expenses incurred for which this assistance is requested.

17) क्या संस्था का यह कि इस प्रकल्प में हिन्दू धर्म तथा विभाग में आधारी रहे अनुसूचित वर्ग एवं स्त्री है। यदि कोई विभाग एवं क्षेत्र में अनुसूचित वर्ग एवं स्त्री के लिए विशेष कार्यक्रम, जो इस प्रकल्प में आता है।

[illegible]

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

[illegible]

use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details for soliciting donations for Koshika Foundation and for any other purpose, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the purpose of my visit to Koshika Foundation. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the purpose of my visit to Koshika Foundation.

for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & contact details for any purpose other than that stated above, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर जयने लक्ष्मण या जगदीश की छात्र सहायता, मैं (अनुरोध) अपनी सहायता की सुविधा का हूँ एवं "कोशिका" प्रदर्शन और जयने लक्ष्मण "को" अतिरिक्त करता हूँ कि यह नाम, with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and binding.
- 2) मैं (अनुरोध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जगदीश और जयने लक्ष्मण को कि छात्रता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वयं छात्रता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं जयने लक्ष्मण या जगदीश और जयने लक्ष्मण को कि छात्रता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वयं छात्रता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में

1) इस प्रश्न पर अपने दस्तावेज या नोटों की छवि सादरकर, ये (आवरण) अपनी तस्वीरों को प्रदर्शित करें।

ये प्रसिद्ध करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे दस्तावेज में करने का नाम है करने के लिए "कोशिका फार्मेशन" का नामांकन किया है।

2) ये (अवरोधक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि छात्रों के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे तथा मेरे परिवार को सुरक्षा प्रदान करते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

APPLICANT'S SIGNATURE OR SEAL
आवेदक के हस्ताक्षर या मूह का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (बिना लिखित)

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:

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient to the Hospital, we 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.

[illegible]

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital will be based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will have no role or responsibility in the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital.

2) The assistance from Koshika Foundation to any patient & the Hospital, and is in no way an assumption of sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role in the treatment & its outcome & safety of the patient.

- [illegible]

[illegible]

जिसी प्रत्येक वा सफाई संस्था या किसी अन्य संगठन को राहत देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुक्ति में समर्थ नहीं आता कि यह एक नए प्रकार की

2. "कीर्तिका भावदेवता" के दो गान सारांग "फेकत खिचि प्रसूति को है। छोटी पर इन्साफत डार ही गान सारांग का किन्हीं गाने इन्साफत/प्रसूति का सुनान छोटी एवं इन्साफत

2. "कोशिका फाटनेवाला" को तो गर्म सागमा फेंकते विषय प्रश्न है। इससे प्रश्नकर्ता को पता है कि कोशिका फाटनेवाला है और कोशिका फाटनेवाला है। इससे प्रश्नकर्ता को पता है कि कोशिका फाटनेवाला है और कोशिका फाटनेवाला है।

को छोड़ कर विषय है और "कोशिका" को छोड़ कर शरीर का विषय है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

CHARAN MASSEY

Administrator of Authorised Signatory

Dr. Shroff's Eye Hospital, Artisan

नाम प १२ इसकात आधिकारि अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासी कल्याण 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

Erbenzahl

2022