

C-21-10-0522

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation

APPLICATION No.:

अवेदन संख्या: A/021/0412

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि: 20/10/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम: Nahni Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम: Kalyan Sahay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Village - Garakhora, Ten - Rajgarh,

Dist - Alwar, Rajasthan - 301414

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

as above

OCCUPATION:

व्यवसाय: Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय: 60,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप उस साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है खाली रखें

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	Kalyan Sahay	67	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	
①	Diagnosis - RE - P.P. LE - SENILE CAT
②	Surgery - LE - SIGSTOL

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 हो गई सहायता राशि
①	None	

PreOP 0412
PostOP Nahni Devi

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 reimbursement, 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 मेरे ज्ञान के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पद भूष है।
- 6) मैं पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या प्रत्युत्पाद किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) सहज ही सहज ही "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" फण्ड, प्रचार, याचना/याचना हेतु इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है उसे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फण्ड उसके भरोसे का निर्णय अधिक और माध्यम होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



R.T. Nishan

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मानते/देती की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक स्रोत से वित्तिय सहायता में लेने या ले रहे हैं, जबकि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता/वित्तिय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/वित्तिय सहायता हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या वित्तिय सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उस स्रोत/सहायता हेतु किसी भी सहायक स्रोत या वित्तिय सहायता से नहीं ले/ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। फोटो या हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं सहायता का निर्णय करने का अधिकार/प्रक्रिया का चुनाव होती है। अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। हालांकि अस्पताल में लेने के हस्ताक्षर द्वारा और जाने जाने की जाती जिम्मेदार होती है अस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई सहायता का जिम्मेदार इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
21/10/21

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 1085522
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

CHARAN MASSEY
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroffs Eye Hospital
नाम व पद हस्ताक्षर/मुद्रा के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवरो हस्ताक्षर 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवरो हस्ताक्षर 1

[Signature]

[Signature]