

C-21-10-0581

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1091/0413

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

30/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakman

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Ganga Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य आवासीय पता

Village - Kathumer, Teh - Kathumer,

Dist - Alwar, Rajasthan - 301605

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Preop
0413

Postop
Lakman

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

AN No. स्वयं उदा संख्या

N/A

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

क्या आप आय का दाता हैं (को चुन्य जो उस पर खोती या निस्तान लागू है)

Yes/No
हाँ/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 संबंध
1.	Naveesh	40	M	SON
2.	Babbar	39	M	SON

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

DPL Card (Attach Card Copy) बरीको रिकार्ड के नौपै प्रमाण पर (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पर की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नुस्खे विज्ञान का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1

Diagnosis

RE - SENSILE CAT

LE - SENSILE CAT

2

Surgery

RE - SICS+TOLUIN

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता विभिन्न अन्य स्रोत से लिय गया है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

कोई सहायता राशि

1

NIL

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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से राशि की मांग नहीं की है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति और "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उनके "उद्देश्य" के लिए, जिसके लिए मैंने सहायता मांगी है, के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, प्रसारण के माध्यमों से, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप पर हस्ताक्षर करने से मेरी सहायता के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की मांग नहीं की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की मांग करने से मेरी सहायता के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की मांग नहीं की जा सकती है। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" का अंतिम निर्णय और सहायता दी जा सकती है।

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

 L.T. Heilmann

AGREEMENT by HOSPITAL (रिफरर द्वारा करण)

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 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 हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता की मांग की जा सकती है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पृष्ठ पर हस्ताक्षर करने से हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की मांग करने से इनकार करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पृष्ठ पर हस्ताक्षर करने से हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की मांग करने से इनकार करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं डॉक्टर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हालांकि सहायता से रोगी को सहायता प्राप्त होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

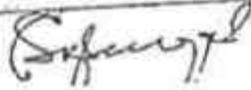
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
21/10/24

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
Reg. No. DMC/06622 (with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न.

CHARAN MASSEY
Administrator of Authorized Signatory
Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar
नाम व पता के हस्ताक्षर के साथ न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भारतीय हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
भारतीय हस्ताक्षर 2
