

C-22-08-06/2

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0822/0454

APPLICATION DATE: 22/08/2022

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Soni

AGE-YEARS आयु-वर्ष

79

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Amar Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village-Nabi Nagar Hameerka Teh-Tizay

Dist-Ahwar Rajasthan-301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above

Preop
0454Postop
Soni

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000/- (family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता 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 निशान 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 सम्बंध
1.	Amar Singh	81	M	Husband
2.	Dharam Singh	40	M	Son
3.	Bala	35	F	daughter in law
4.	Jai Singh	16	M	grand son
5.	Vijay	12	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - PLOL LE - TOTAL SENILE CATARACT
2	Surgery - LE - SILCS WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	Nil	

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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने इसकी सहायता तब "जोशिका पाठशाला", में ली जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण किन्हीं किसी अन्य छात्र/निर्धन/बिना सम्पत्ति के न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 इलाख या अंशों की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी प्रार्थना की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉन्सिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कॉन्सिका" एवम् न्यासी, दान, साधकता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिप्त अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इलाख को पहलने या बाद में करने को लिप्त "कॉन्सिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्रार्थित है भूले स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉन्सिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपरेटर के तबियत का अंगुली का निशान

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 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.

हमने अधिकतर हमलावरों को और वे मामले/पैरी को "बेसिका पास्टोरेशन" के विधि सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारा) विधि प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिव्यय में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/घायल में लेने या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिरकारि/विश्वी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिवृत्त अवशिक/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदत्त उक्त रोगी/घायल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर उपचारात द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इधरलिसे हमस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हमस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
इच्छाकामी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/08/22

Dr. WAFI ANSARI
MS (OPHTHAL)

Reg. No.-DMC/93199

CHARAN MASSEY
Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नान व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Ergebnis

2020