

SRE-C-23-08-0572

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 510823/0514		APPLICATION DATE 12-08-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs. SALELATA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 54	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम Late Mr. Jagham		 PASTE PHOTO HERE PHE OP PostOP SALELATA(0514)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Address: W/O NATHAN UNALI, Unali, Sahabuddin, Sahabuddin, Unali Phodesh, 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 50,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खी का चिह्न लगाए)		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 सम्बन्ध
(1)	Samit	33	M	SON
(2)	Rishi	30	F	DAUGHTER IN LAW
(3)	Rahul	03	M	Grand Son
(4)	Aarvi	01	F	Grand daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का 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			
	Diagnosis - RE - Pseudophakic			
	LE - Total senile cataract			
	Surgery - LE - IOL with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि		

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 योक्तता करता हूँ कि इस प्रत्येक पे दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायता यहाँ "कारण/काउन्डरेशन", से सी जो रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस योक्ति का अधिकतम न सकत किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न जो निधि है और न जो धनिय में सुरता।

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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीनों" को अनिवार्य करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, बाबूगंगा द्वारा उद्देश्य से जुड़ी तर्जिमस्थित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से शामिल है जुड़े स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीनों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

उत्पादक के हस्ताक्षर या अंगठे का स्थान

-p-self

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.

हमारे अधिभूत, हस्ताक्षरों को जोड़ते समय/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमें वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेनी या लेनी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के समर्थन से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट सिफारिश/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने से लेनी या किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को और विनिर्देशों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धुंधला या विनिर्देशों इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Sandeep Ghildiyal
DMC-33529

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं.

Ranveer Singh Sandhu
Administrator

Dr. Shree's Charity Eye Hospital
(MANANI)
मुख्य चिकित्सक एवं प्रमाणित हस्ताक्षरकर्ता
(मुख्य अधिकारी)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायों इत्यादि ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इम्तजाज़ ३

2020



भारत सरकार
Government of India



प्रमाण
SALVATA
पता: भारत
पिन कोड: 3931 0196 1609
मकान: 3931 0196 1609
मकान: 3931 0196 1609



3931 0196 1609

संख्या: अमम मादमी का अधिकार



भारत सरकार
Unique Identification Authority of India

पता: भारत सरकार, भारत सरकार
मकान: 3931 0196 1609
मकान: 3931 0196 1609
मकान: 3931 0196 1609

3931 0196 1609

