

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: संस्करण संख्या : आवेदक का नाम	51082310514	APPLICATION DATE 12-08-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mrs. SALEELATA	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: जितापकड़म का नाम	late M.H. JAGHAN	54	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान जास्तीय पता		PASTE PHOTO HERE PHOTO Postop SALEELATA(0514)		
Address: 110 Nathu UNAII, Udaipur, Jahangirpur, Jahangirpur, Udaipur Rajasthan, 313001		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जास्तीय पता		
		(same as above)		
OCCUPATION: व्यापार काम का प्रकार	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	50,000 (Family Income)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)		
PAN No. स्पष्ट साक्ष नंबर	NA	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता है (जो मात्र तो उस पर सही का निशान लगाये)		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
(i)	Sumit	33	M	Son
(ii)	Kirti	30	F	Daughter in law
(iii)	Rabib	03	M	Second son
	Bayvi	01	F	Third daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) मालायत के लिये विनाशित आधा				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेतक के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत अती बर्बाद की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास व्यवहार की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत अती बर्बाद की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत अती बर्बाद की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: मालायत हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीवेन्यूल सूची संलग्न			
<i>Diagnosis - RE - Pseudophacoc IE - Total suture cutdown</i>				
<i>Surgery - IE - STCS with PMMA</i>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य मालायत किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य साक्ष का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गए मालायती राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 फॉर्म पर दिए गए मेरी जिवान से जुड़े कामों के अनुसार मत्त्व समझ रखता है। यह बोर्ड जिवान एवं अस्पताल आवास जाता है तो मेरी सामग्री खिलौने की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो समाजक योगी "कोशिका फाउंडेशन", से कोई जा रहा है, उसका उपयोग उसी क्रियाएँ की चुनौती के लिए दिया जाएगा, जो इस प्रकार में भयंकर है।
- 3) मैं पूछत चाहता हूँ कि यदि मेरी सामग्री हानि यह पर्याप्त कोई नहीं है, तब योगी का जांचकार ने सकल जिवान किसी अन्य खोजनीयोंकी जांच के लिए तिथि है और न को चर्चित में सूची।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

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 प्रकार यह आपके इस्तेवात या अंगठी को क्रॉप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जांचकी की पूछत चाहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके जांचकी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, योगी और योगी की जिवान का इस प्रकार में भागिता है, उसे "कोशिका" एवं मेरी जांचकी, जान, जांचकार द्वारा इस्तेवा में जुही तरीकाओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी उत्तम व्यथा

में इस्तीत करने के लिए उपयुक्त है। यह प्रकार का जिवान में इस्तेवा के बाहर या बाहर में कामों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जांचकी अधिकृत है।

2) मैं (अधिकृत) इस बात में सहमत हूँ कि योगी जान, पता, योगी और जिवान के लिए सामग्री के इस्तेवा में योगी है तो उसे भवतः सामग्री का इकायर योगी बताता हूँ इस प्रकार में "कोशिका" एवं उसके जांचकी का जिवान अधिकृत और व्यापक होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तेवा पर बताते हुए लिखते



-P.SOP

AGREEMENT by HOSPITAL: (इस्तेवा द्वारा कराया)

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.

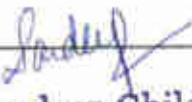
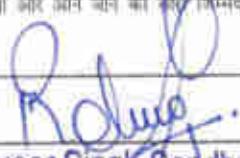
इस्तेवा अधिकृत, हस्ताक्षरी को जो योगी या सामग्री/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" में वित्तीय सहायता हेतु लिखाता है, वित्तीय हम (इस्तेवा) यित्तीय प्रकार में यथा या स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो मरीजन और न हो भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर साक्षाती सम्बन्ध या किसी अन्य रूपयों से उक्त योगी/सामग्री में तोड़ा जा सकते हैं, जैसे कि इस्तेवा "कोशिका फाउंडेशन" में वित्तीय/वित्तीय उक्त को सम्बद्ध न हो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहर होता है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता यित्तीय जांचकार/साक्षाता हेतु मन्दवृत्त नहीं किया जाता है जो अस्पताल किसी अन्य गैर साक्षाती संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध योगी या सामग्री अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पूछत में सम्बद्ध बहा जाता है कि अस्पताल युक्तीय भवत उक्त योगी/योगी में होता है गैर साक्षाती सम्बन्ध या किसी अन्य सामग्री में नहीं लेंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई यही सहायता बरेत्त यित्तीय प्रकृति की है। योगी या सामग्री द्वारा योगी या योगी उत्तराधीन/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं इस्तेवा के बीच का वित्तीय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार योगी योगी द्वारा नहीं है। इस्तेवा इस्तेवा में योगी को इस्तेवा योगी और अपने बायों को बीच के बीच दोनों योगी एवं इस्तेवा की होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसी दूसरी इस घटने में नहीं होती।

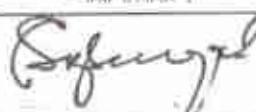
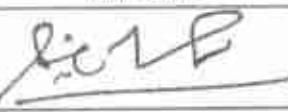
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

इस्तेवा के लिए वंशानुति

Date of Surgery अंगोरण की तिथि <i>12-08-2023</i>	 Dr. Sandeep Ghildiyal DMC-33529 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हालत का नाम व इस्तेवा के लिए	 Ranveer Singh Sandhu Administrator Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (MANAN) (Name of Hospital) नाम व पर इस्तेवा प्रधान अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्तेवा 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्तेवा 2 
---	---

भारत सरकार
Government of India

प्रधान
मंत्री
नाम :
राजनीति
पात्र नं. : 3931 0196 1609
संग्रह नं. : 244967



3931 0196 1609



अमर आदमी का अधिकार

भारत सरकार
Unique Identification Authority of India

मुख्य मंत्री नाम : राजनीति
पात्र नं. : 3931 0196 1609
संग्रह नं. : 244967

3931 0196 1609

