

C22-09-0455

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building block of life.



APPLICATION No.: A 10922 / 0547 APPLICATION DATE: 13-09-2022  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Urmila AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग  
आवेदक का नाम 65 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lal Singh PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता  
पिता/कानूनी का नाम

Village - Tasni Teh. - Kathumar Dist. - Alwar  
Rajasthan - 321605 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई स्थायी पता  
As above

OCCUPATION: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000/- (Family) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आप का मास्य संतान) NA

PAN No. स्थाई जाती संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप अप कर रहे हों (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

FAMILY DETAILS वरिवार 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	lal Singh	70	M	Husband
2	Devi Singh	40	M	Son
3	Dorbari	38	F	Daughter-in-law
4	Sagar	10	M	grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिये चिन्हित आधार:			
BPL Card (Attach Card Copy) मरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूली बहान	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूली बहान		
①	Diagnosis RE - TOTAL SENILE CATARACT IE - SENILE CATARACT		
②	Surgery - RE - SICS WITH PMMA IOL REFRACTIVE SURGERY - IOL		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता चिन्ही अथवा स्वीकृत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी
①	NIL	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करा:

- 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 प्रोबलम करता हूं कि इस प्रकार मेरे सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच नहीं हैं। यदि कोई विवरण एवं गठबन्धन अवश्य गाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- (2) मैं द्वारा की सहायता होने वाली कार्रवाई का नाम है, उम्मका उपर्योग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाता है, जो इस प्रकार मेरा नहीं है।
- (3) मैं पुरुष जाता हूं कि विवरण सहायता होने वाले प्राप्ति की नहीं है, उम्म जाता है और जाता है कि विवरण अन्य संस्कृत नियोजक/कीमत कम्पनी मेरे बीच लिया है और वही भविष्य में जारी होगा।

**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 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 प्रकार यह आवेदक को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुरुष करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामों "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, चोटी और जीवन स्थिति इस प्रकार मेरी जीवन स्थिति एवं जीवन की विवरण मेरे इन्हें जो बातें या बातें को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत हैं।
- (2) मैं (आवेदक) इस बदले मेरी सहायता हूं कि मेरा नाम, पता, चोटी और जीवन स्थिति एवं जीवन की विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से जारी है पुरुष नाम, सहायता का हक्कादार जीवन। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का निर्णय अदियम और जानकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा कराया)

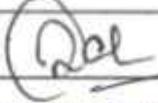
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 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.

इसी अधिकृत, हस्पताल की ओर से जारी/लिए जाने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता होने विवरणों को जानते हैं, जिसे हम (हस्पताल) जिस प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो जारी नहीं किया जाना विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से दबाव दोनों/साथी में लागू या नहीं लागू है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता इसके सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मार्फत होने कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत/संस्थान होने वाली हो तो अस्पताल किसी भी नहीं गैर सरकारी संस्था या किसी प्रायः संस्थान से सहायता लेने का अधिकारा सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर्द उक्त दोनों/साथी किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लागू होती।

- (2) "कोशिका फाउंडेशन" में लागू नहीं सहायता जेवन विविध प्रकृति की है। गैरी पर हस्पताल द्वारा ही गई स्वास्थ्य का किसी गैर संपत्ति का उपयोग/उपकरण का जुर्माना देती एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एवं नहीं है। इसलिए हस्पताल में गैरी के प्रालैब सहज प्रौद्योगिकी अन्वेषण की जानी जाती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

 **RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति को लिए संस्कृति

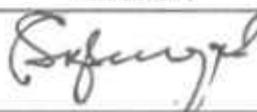
Date of Surgery अंगूठेन की तारीख 14/09/22	<b>Dr. WAFI QANSARI</b> <b>MS (OPHTHAL)</b> (Name of O & S Doctor) RNO: No. DMO/98199 डॉ. वफी खान की नाम व हस्ताक्षर व राय, न.	<b>CHARAN MASSEY</b> <b>Administrator</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwal नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग होने

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर :



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर :

