

SRE - C-21-10-0855



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

C/1121/0551

APPLICATION DATE: 21/11/2021
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Chandla

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष
आवेदक का वर्ष:

66

SEX लिंग
लिंग:

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपड़ी का नाम

Ghaprety

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता

Hause no. 51 campus just Shambhupur, Deoliard Debet,
Bhadravaspur, Deolali, 114101 Madhya Pradesh, 244554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

As Above.

PASTE PHOTO HERE

Preop Postop
0551 Chanda

OCCUPATION:
अवस्था

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साथ संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई चारों संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय होगाये):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ अप्पाय
1.	Chandla	35	M	Son
2.	Chandla Dais	38	M	Son
3.	Neelam	25	M	Son
4.	Babli	32	F	Daughter in law
5.	Balby	29	F	Daughter in law
6.	Lakshmi	10	F	Grand Daughter
	Lucky	05	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महागता के लिये विनाय आवार

BPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रेता के भीतरे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को आप प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अम्ब आय वर्ष प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को आप प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र को आप प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाय का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

आपत्तात्वांकित से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Diagnosis : RE - Benigo Cataract
LE - pseudophakic

Surgery : RE - STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से दिया गया हो?

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
सीधे गई सहायता राशी

8641

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 हूं कि इस प्राप्ति में दिए गये मासी विवरण में सहायता के अनुदान मात्र हैं जहाँ सहायता निश्चय की जा सकती है।
 2) मैं द्वारा जो घोषणा गयी "कोशिका फाउंडेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूरी के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।
 3) मैं पूर्ण करता हूं कि यह सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस गयी का अधीक्षण या सकल हिस्सा विशेष अन्य और/या नियोनेशन/बीमा कम्पनी से जो तो लिया है वही न हो पर्याप्त में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pul-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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की छात सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दिए गये हैं, वहसे "कोशिका" एवं नामों, सूचनाएँ यूके उद्देश्य से नुकी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिए किसी भी प्रभाव मात्राय
में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण में इत्याकूल के यहाँ या बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हेतु कि मेरा नाम, पाता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत हैं युक्त सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का निर्वाचन अधिकृत और वापकताएँ होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर वा अंगठी का लिया

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से घोषणाएँ योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि व हमें अधिकृत और व ही भविष्य में विविध सहायता विस्तृत वै भावकी संख्यावधि या किसी अन्य स्रोत से इसका संगीत/पायाते में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिक्कातारा/विनिति उठाकूल के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरव हेतु कि है। परि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत/मासकूल हेतु बहुत नहीं किया जाता है तो असहायता किसी अन्य और साकारी संख्या या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता सेवे का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पूर्ण में स्वतंत्र बहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यह उक्त योगी/पायाते हेतु किसी और साकारी संख्या या किसी अन्य मासकूल से नहीं सेवा/सेवा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केरल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इस्पताल द्वारा या गई सहायता या किये गये उत्तराधिकार का चुनाव ऐसी एवं इस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में देखे वे इत्याकूल सुख्त और अपने बने को सही विवरणी गयी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरणी इस बाबते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकारी के लिए संस्कृति

VIVEK RANA

Administrator

for Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

(MANANI)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व वर्ग हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

MOHD. RAMEEZ REZA
M.B.B.S., M.S., O.P.H.Y.
FICO, D.G.O.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इसका नाम वर्ग हस्ताक्षर अधिकृत

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्बोध हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम सहायता 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम सहायता 2