

VRN-C-23-07-1735

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: V/0823/0683
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 31/07/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ramvati
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष | SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shrikumar Singh
पिता/कनूप्य का नाम

71 | F

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बरेमल जलासार पटा
Sundravali, Jodhpur - Bharatpur,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: बरेमल जलासार पटा
Rajasthan, 321205

same as above

Koshika
foundation
Building block of life.



Paste Photo Here

Preop Postop

OCCUPATION:
ज्ञानमाला

Home maker

MARRIED (जिवालित) / UNMARRIED (अजिवालित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

₹5000/- (Family)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहे हैं (जो मात्र ही उस पर सही का निश्चय लगायें)

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.	Ramvati	75	M	Husband
2.	Gurish	35	M	Son
3.	Anni	33	F	Daughter-in-Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायता के लिये विनाई आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप वर्ती उम्रावाले पत्र (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
महायता हेतु किसे गये विनाई का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न		
	RE - Cataract		
	LE - Cataract		
	Surgery - AE - STCS + PMMA		

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लों गई महायता राशी
1.	DBCS	20.00/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 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 सभी विवरण ऐसी सत्याग्रही के सहायता के लिये उपयोग एवं कानून अनुसार अच्छा है। यदि कोई विवरण ऐसा कानून अनुसार अच्छा नहीं है तो मेरी सहायता निराकार की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", जो सभी या तो है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को दूरी के लिये किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विषय सहायता हेतु यह प्राप्ति की तर्फ है, उस तरीके से जारी रखा जाना चाहिए या सहायता दिस्ता जन्म घोषित/निर्णयिता/बीमा कामगारी से न हो जाया है और न ही विविध में होता।

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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हाथाबद्ध या अंगठी की द्वारा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पात्र, घोषी और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाता, सहायता/ग्राहक द्वारा उद्देश्य में युक्ती घोषित/निर्णयिता और उसका उपयोग के लिये कियी गयी प्राप्ति माध्यम से प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। यदि प्राप्ति का विवरण ऐसा होता या कानून ने इसके कानून के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं युक्त स्वतः सहायता का उकटार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायिकों का निर्णय नीतिम् और विविधताएँ होती।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हाथाबद्ध या अंगठी का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (इम्प्रिन्ट 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:

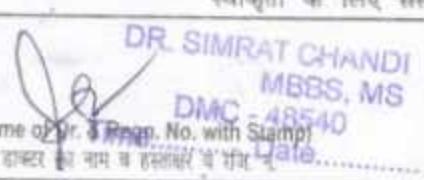
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से घोषित/घोषित की गयी विविध सहायता हेतु विफलिया की जारी है, जिसे हम (हास्पताल) नियम प्रकार से भाव्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न हो वर्तमान और न हो भवित्व में विविध सहायता विफली या सहायता संस्थान या विफली अन्य स्वीकृत से उक्त ग्राही/ग्राहक से लैंगे या लैंगे हो जाएं तो यह कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विफल उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विफली अधिकृत/सकल हेतु नन्हा किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ग्राही/ग्राहक के सम्बन्ध में सहायता देने का अधिकार भूलिया रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितोंग्राहक उक्त ग्राही/ग्राहक से हेतु किसी ग्राही/ग्राहक की सहायता संस्था या विफली अन्य साधन से वही सहायता होती।

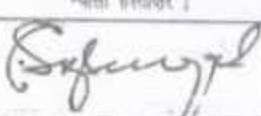
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लैंगे ग्राही सहायता कोक्षण विविध प्रकृति की है। ग्राही पर इम्प्रिन्ट द्वारा दी गई ग्राही अधिकारी/प्रतिक्रिया का चुनाव ग्राही पर्व हास्पताल के द्वारा कर विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इच्छा नहीं है। इससे हास्पताल में ग्राही के इताव सुरक्षा और जाने वाले की सही विमोचनीय ग्राही पर्व हास्पताल नहीं होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमोचनीय इस घावों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगोरण की तारीख 01/08/23	 DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS DMC - 48540 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व भौगोलिक स्थान	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवेदक उपर्युक्त हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

