

AWR C-23-07-1236

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **A/0823/0689** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **04-08-2023**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Ladilo Bai** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **78** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम: **Awatar Singh**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
**Village- Kahmani, Teh- Tizara, DIST- Alwar**  
**Rajasthan- 301019**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
**RS 960vc**



**PreOP 0689** **PostOP Ladilo Bai**

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

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **50000 (Family)** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

PAN No. पैन नंबर: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे): Yes  No

| 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 संबंध |
| 1.                          | Udhar Singh                                    | 30                      | M           | husband                                    |
| 2.                          | veer Singh                                     | 30                      | M           | son  |
| 3.                          | sushra Bai                                     | 46                      | F           | daughter in law                            |
| 4.                          | Kuldeep Singh                                  | 10                      | M           | grand son                                  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) पौरोसो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 |
|---------------------|---|
| 1                   | DIAGNOSIS RE - SENILE CATARACT<br>LE - SENILE CATARACT                                    |
| 2                   | Surgery - RE- SLCS WITH PMMA  |

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

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि |
|---------------------|--|--|
| 1                   | Nil                                    |  |

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

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एम कांथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मे उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.

- इस उपर पत्र अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस रूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्वे न्यासी, दान, साधक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विचार मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्वे उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान

 R.T. Lakshido Bai

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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:
- 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.
  - 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.

हमने अधिभूत, इसाक्षरी को और से मंजूर/पेशी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो वरन्ततन किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंजूर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से नहीं लेगा/लेगी।

- "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोसल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ये गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को नारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भुषिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|  |  |   |
|--|--|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><b>5/08/23</b> | <p><b>Dr. BASITALI LAKHANI</b><br/>DNB (OPHTHAL)</p> <p>(Reg. No. DMO-195782mp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोज, न.</p> | <p><b>CHARAN MASSEY</b><br/>Administrator<br/>Dr. Shroffs Eye Hospital, Awar</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory of Hospital)<br/>नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|--|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

|  |  |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|--|--|