

AWR - C-23-08-0403

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या : A/0823/0741APPLICATION DATE: 10-08-2023
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Rameshwar

AGE-YEARS आयु-वर्ष | SEX लिंग

66

M

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

Ladh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Rampur, Teh - Bansur DIST. - Alwar

Rajasthan - 301402

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



Preop Postop
0741 Rameshwar

OCCUPATION :
अवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

56000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साल्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई शुल्क संख्या

N

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें।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 सम्बंध
1	Raggo	42	F	wife
2	Bharti	30	M	son
3	Rani	29	F	daughter in law
4	Ivan	5	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित उद्देश्य

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	अत्य-ज्ञाव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - SENILE CATARACT LE - SENILE CATARACT
2	Surgery - LE- SICS WITH PMMA

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

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 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 मेरे लिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य पर रही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महामत निरस की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जाहाज रास्ते "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जानकारी की दृष्टिकोण से लौट रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पुरी तरह के लिए किया जायेगा, जो इस गठन में भरा गया है।
- 3) मैं दृष्टि करता हूं कि इस महामत द्वारा यह प्राप्ति की गई है, उस गति का आधिकार या सकान द्वारा किसी अन्य छोटी/पिछोकी/बीमा कंपनी में न हो सकता है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर्ता)

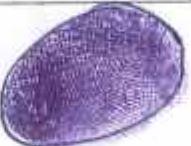
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 हस्ताक्षर या आंगठे की रुपर लगाकर, मेरे (आवेदक) अपने महामत की पुरी करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नामस्ति, इन, वर्चनाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्राप्ति या उपलब्धि करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ने न्यूजीलैंड में।

2.) मेरे (आवेदक) इस बात से महामत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महामत के उद्देश्यों से जापात है जूँच लक्षण; महामत का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों का विवरण अंतिम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Rameshwar**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर्ता)**

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महामतों की जाणी है, जिनमें हम (हस्ताक्षर) निम्न उकार से मात्र जा सकते करते हैं।

- 1.) यह कि न तो बहुमान और न ही धृव्याद में विविध महामतों किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से द्वारा दीया/मामले में दीया या ली गया है, जैसे जिसे हमने "कोशिका फाउंडेशन" से स्पष्टीकरण/विवरण उत्तर के अध्ययन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्शित होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महामत किसी विवरण या विवरण के अन्य संस्थानों से जापाता होता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से जापाता होता जा अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुरी में दर्शक कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मद्दत उत्तर दीया/मामले होता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं दीया/लीया जाता है।
- 2.) "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई महामतों के बारे में विविध प्रकृति की है। योगी या हस्ताक्षर द्वारा यह गई महामत या किसी गैर सरकारी/प्रौद्योगिकी या चुनाव से जुड़ी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में दीया के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की मारी जिम्मेदारी दीया एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेदारी इस मामले में नहीं होगी।

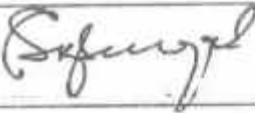
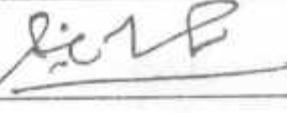
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

व्यक्ति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम रोगी की तारीख 10/8/23	Dr. BASHALI LAKHANI DNB (OPHTHAL) (Name & No. DMC 105782) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोज. न.	CHARAN MASSEY Administrator (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar नाम व पद हस्ताक्षर जापकर जापकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	---