

AWR-C-22-12-1173

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: A/0123/0922

APPLICATION DATE: 02-01-2023
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Kalyan

AGE-YEARS आयु-वर्ष
64

SEX लिंग
M

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

Bahadur

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Village- Alon, Teh.- Gherao Dpur, Dist- Gherao Dpur

Hajastham - 321625

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As above

OCCUPATION:
आवासीय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय
50000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्राश्न संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई छाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहा है (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगायें।

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 सम्बन्ध
1	Gomati Devi	60	F	Wife
2	Sachdev	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गोमती देवी के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें।)	जल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)	उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें।)	

"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 सूची संलग्न
1	Diagnosis RF = ST-OILLE CHIARAC LE - PC101
2	Surgery - RF - SICS WITH 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 ती मई सहायता राशी
1	NULL	

Koshika
foundation
Building block of life.



Preop Postop
0922 KALUCL

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोहता 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, 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 मोहता करता हूँ कि इस प्राप्ति मेरे द्वितीय सुधी विवरण मेरी "कारबैंडेशन" के अनुग्रह समय पर्याप्त नहीं है। यदि कोई विवरण ऐसा कथन असत्य पद्धति जाता है तो मेरी सहायता निरस की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जीवन की "कारबैंडेशन", जो तरीका यह है, उसका उपयोग इसी के लिए किया जाता है, जो इस प्राप्ति मेरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि यह सहायता हमें यह प्राप्ति की नहीं है, उस दृष्टि का अस्तित्व या सकल हिस्सा किसी अन्य सामाजिकीयकान्ति कमनी से नहीं होता है और न ही भविष्य में होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा लिखा)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति पर अर्थों इस्तेवा या अंगठे की तार लगाकर, मैं (आवेदक) जपानी सड़कों की पुष्टि करता हूँ एवं "कारबैंडेशन और डस्टक न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और यह यह सिवाय इस प्राप्ति में छोड़ा जाएगा है, उसे "कारबैंडेशन" एवं न्यासी, एवं, आवश्यक दूसरे इन्हें से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये जिसी भौतिक प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण परे इन्हाँ के पास या साथ मेरे बारे में लिपि "कारबैंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जात से सम्बन्धित हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वयं सहायता का डकान परी बनता है इस सम्बन्ध में "कारबैंडेशन" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और चाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इस्तेवा या अंगठे का लिखान

माला बी

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पातल द्वारा लिखा)

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.

हमारे अधिकृत, इस्तावारी की ओर से सामग्री/ऐप्पेन्डीज को "कारबैंडेशन" से लिपि सहायता हेतु लिपिरिक्त और जाती है, जिसे हम (इस्पातल) यह प्राप्ति से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न कोई वर्तीन और न ही विवरण में लिपि सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या नियमी अन्य स्वीकार से जूला गोपी/गमनों में लिये जा सकते हैं, जैसे कि हमने "कारबैंडेशन" से लिपिरिक्त लिपि उद्देश्य के सम्बन्ध में "कारबैंडेशन" हेतु यह है: यदि "कारबैंडेशन" हेतु सहायता लिपि अधिकारी/सचिव नहीं जिस जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या जिसी अन्य सम्बन्धित गैर सरकारी संस्था का अधिकारी गुप्तिगत रखता है। इस "पूर्ण" में सम्बद्ध उद्देश्य गैर उद्देश्य उद्देश्यों की संरक्षणीयता भी जारी रखता है।

2. "कारबैंडेशन" से जूला गैर सहायता लिपि लिपिरिक्त की है। योगी पर इस्पातल द्वारा यही नहीं सहायता या लिपि द्वारा उपलब्धप्रकृति का चुनाव देती एवं हमारी के बीच का विवर है और "कारबैंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई इच्छा नहीं है। इसलिये हमारी में योगी के इलाज सुरक्षा और अपने जने की सारी विन्देशी योगी एवं हमारी को होंगे और "कारबैंडेशन" को योगी गैर सहायता या लिपि द्वारा योगी होंगे।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery
अंगठी की तारीख

2/10/23

Dr. WAFI ANSARI
(Name of Dr. A. Regd. No. 10012017)
MS (OPHTHAL)
दाक्तर जी. न्यासी इस्पातल
Reg. No.- DMC/93199

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

CHARAN MASSEY

Administrative Signatory
Dr. Sharifa Elayi Mitali
न्यासी व पैदा इस्पातल अधिकारी
न्यासी व पैदा इस्पातल अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्पातल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्पातल 2