

AWR-C-23-01-0419

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

A1012311005

APPLICATION DATE: 13-01-2023
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Jaydish

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कदम्ब का नाम

Harphul

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Village- Siror Khurd Bhamati, TPh.- Mandawar, Dist:-
Jhalawar, Rajasthan- 304501PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
As above

Proof

1005

Post
JaydishOCCUPATION:
अवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वार्ड 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 लगाये।

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 सम्बंध
(1)	Bimla devi	65	F	Wife
(2)	Vinod	30	M	Son
(3)	Manisha devi	29	F	daughter in law
(4)	Prince	8	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनामि आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गर्भवती रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञापन प्रति संलग्न करें)	अप्सप वार्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनामि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1	Diagnosis RF - Total Senule Cataract IE - Senule Cataract	
2	Surgery - RF - SLCS with Pmma	

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	Nill	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोरणा करें।

- 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 भावना करता हूँ कि इस प्राप्ति मेरे दिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार गल्य एवं सटी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ सकती है।
- 2) मैं द्वारा नीचे आगवान दर्शि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जानकारी के अनुसार डायगोंज चौहान डेस्ट्री की खुशी के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दायर नहीं है।
- 3) मैं नीचे दर्शि हूँ कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस दृष्टि का अधिकार या समर्पण किसी भी रूप से नहीं दिया जाएगा और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

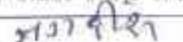
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 अपने हस्ताक्षर या लांघे की ताप संगत, मेरे (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता है कि मेरे नाम, जाति, जीवनशैली और जीवन के विवरण इस प्राप्ति में सौंधित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, नामीयों, दान, जाननशैली द्वारा उद्देश्य से जुड़ा गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्ति या प्राप्तियों के लिये अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण भरे इतनाह के पास से या बाद मेरे वारने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा नामीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से उम्मीद हूँ कि मेरी जाति, जाति, जीवनशैली और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभावित हो जाएँ तभी सहायता का इकाय नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसकी न्यायिता का निर्णय अधिकृत और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या लांघे का चिनाना

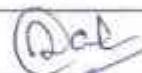
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

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:

- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से समर्थनप्रीती की "कोशिका फाउंडेशन" से निम्नलिखित जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) द्वारा प्रकार से प्राप्त व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न ही बर्ताव और न ही अधिकार में विविध सहायता किसी भी संस्थान के विवरों वा किसी जान संस्कृत से उत्तर गोपी/कानूनी में लेने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकारिता/विनियोग दरकार की सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्शित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोग दरकार द्वारा दर्शाया जाता है तो अस्पताल किसी भी अन्य और अलगी संस्था या विभिन्न अन्य सम्बन्ध से सहायता होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस प्रौद्योगिकी में उपर्युक्त वाक्य जाता है कि अस्पताल द्वितीय नियम विवरण द्वारा दर्शाया जाता है कि किसी भी संस्था या विभिन्न अन्य सम्बन्ध से सहायता होने की ओर से अस्पताल को अधिकृत होना चाहिए।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जीव नहीं सहायता केरवा विविध प्रमूलि की है। जोनी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या दिले गये उपचार/प्रक्रिया का चुनौत जोनी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उत्तर नहीं है। हासिली हस्ताक्षर में जोनी के इतना जुराया और आने जाने की साथी विनाशकीय जोनी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विस्तृती इस वारने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंगोंका वारना
14/11/23

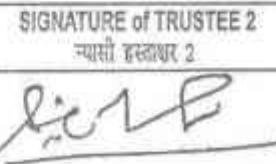
Dr. WAFI ANSARI
MS (OPHTHAL)
Regd. No. DRD/93 (Signature Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व नंबर

CHARAN MASSEY

Administrator
(Name, Designation) & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत विवरण

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु

S. Ansari**SIGNATURE of TRUSTEE 1**
नामीय हस्ताक्षर 1**SIGNATURE of TRUSTEE 2**
नामीय हस्ताक्षर 2