

C-23-09-0493

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : A/0923/1072
 APPLICATION DATE : 16-09-2023
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Saroj
 AGE-YEARS आयु-वर्ष 49
 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम Chhaju Khan

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
 Village- Dikrakani, Teh- Ellwar, DIST- Ellwar

Rajasthan- 30601

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
 AS ABOVE

 Preop 1072
 Postop Saroj

 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. स्थाई खाता संख्या 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 लगाएं) Yes (हाँ) / No (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	Chhaju Khan	60	m	Husband
2	Sompal	35	m	Son
3	Nagjina	30	f	Daughter in law
4	Bhagru	10	m	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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	DIAGNOSTICS RE - NORMAL LE - SENILE CHANRAC
2	Surgery - LE - 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 है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
1	N/A	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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.
- 1) मैं यथासंभव सच कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण करके सच हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यथासंभव सच कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यथासंभव सच कह रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्ण या आंशिक, के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही रिफंड ले और न ही बीमा में दावा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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.
- 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, यथा, वाचनिक, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकाश के उद्देश्यों से प्रार्थित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है, उसे स्वतंत्रतापूर्वक प्रकाशित नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का छाप



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:

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 अधीनस्थ, हस्ताक्षर को और से नामलेखने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सहायता के लिए या ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्थसहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल को सहायता/सहायता के लिए या ले रहे हैं। इस प्रमाण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्थसहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल को सहायता/सहायता के लिए या ले रहे हैं।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को सहायता/सहायता और अपने करने को सभी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई सुझाव या जिम्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Vincent
Dr. Mohd. Rameez Reza
 M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
 FICO (UK)
 (Name of Dr. & Reg. No. with stamp)
 Reg. No. DMC/R/12598

Charan Massey
CHARAN MASSEY
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 ऑपरेशन का तारीख
 18/09/23

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>Safar</i>	<i>Dr. Rameez</i>