

AWR-C-23-09-0569

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: A/0923/1076

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 18-09-2023

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Rojdar

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 56

SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हटुम्भ का नाम: Bhundal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Village-Bhatpura, Teh-Bhatpura, Dist-Bhadrachal,
Rajasthan-301205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As above



pre of 1076 Post of Rojdar

OCCUPATION: व्यवसाय: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 5000/-

(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 लगायें): 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 से संबंध
1.	Jehani Devi	65	F	wife
2.	Jakir	43	M	son
3.	Akhari Devi	40	F	Daughter in law
4.	Vashim	17	M	grand son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 LE - SENILE CATARACT
2	Surgery - RE- 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 ली गई सहायता राशी
1	Nil	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करे:

- 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 हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जाएगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्राचार है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस राशि का वापस लेने के लिये किसी भी प्रकार का प्रपत्र नहीं भेजा है, इस बात का वाशिका या कौशल द्वारा किसी अन्य प्रायोजक/नियोक्ता/बिमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 1) 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 fulfillment 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान दे (आवेदनक) अपने सहमत हो चुके हुए हैं एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों द्वारा वापस/बाजार में डालने के लिये प्रचारित किया जा सके और/या अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरा प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पूरा होने के बाद भी जारी रखने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, उसके स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों को निर्णय अधिकृत और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को इस्तेफार या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

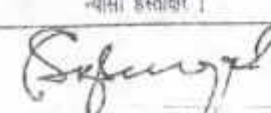
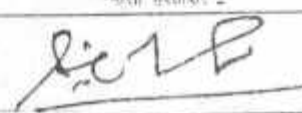
हमारे अधिकृत, इस्तेफार को और ये भाग्यशुक्तियों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने का लो हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त रोगीयों को सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/मकाल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी प्रकार का सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और आने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/9/23	Dr. Mohd. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) FICO (UK) Reg. No. DMGIR/12598	CHARAN MASSEY Administrator (Name, Designation & Hospital) Dr. Shroffs Eye Hospital on behalf of Hospital नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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