

AWR-C-93-09-0577

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
Foundation  
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0923/1083

APPLICATION DATE : 18-09-2023

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sumta Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

34

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

Uday Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village- Ronpur, Teh- Laxmangarh, DIST- Alwar  
Rajasthan- 301021

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As above

Preop  
1083Postop  
Sumta  
Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

50000

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 No  
हाँ नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

विवरण

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

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेंज के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)Ration Card  
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)Any Other  
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न

1. Diagnosis RE - TOTAL 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

NIL

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस रकम का अंशिक या संपूर्ण निरस्त किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी के माध्यम से न करूँगा और न ही भविष्य में सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस प्रपत्र में सहायता हेतु प्रेषित की गई रकम का उपयोग केवल उद्देश्य के लिये ही किया जाएगा।

**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 it's Trustees to use/publish/out-put/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् उसके द्वारा आयोजित दान संग्रहण में इसी उद्देश्य के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण कोशिका फाउंडेशन के पत्रों में प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के पत्रों में प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*सुप्रता देवी*

**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 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 को और से प्राप्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रपत्र में मांग न कर सकें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रकम के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रारंभित उक्त रोगी के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अक्षमता/मरकल हेतु प्रेषित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रपत्र में सहायता हेतु प्रेषित की गई रकम का उपयोग केवल उद्देश्य के लिये ही किया जाएगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान किया जा रहा है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने करने को पूर्ण जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई वित्तीय या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

*Vireet* RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तारीख  
**18/09/23**

**Dr. Mohd. Rameez Reza**  
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology  
FICO (UK)  
Reg. No. DMC/R/12598

*Charan Massey*  
**CHARAN MASSEY**  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
**Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1  
*Sufyan*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2  
*Charan Massey*