

C-23-09-0613

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **A/0923/1092** APPLICATION DATE : 18-09-2023 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Tej Singh** AGE-YEARS आयु-वर्ष **59** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम **Janak Singh**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Village- Udupuri, Teh:- Bharatpur, DIST:- Alwar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Rajasthan-321205
As 960VE

OCCUPATION : व्यवसाय **Farmer** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **55000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) **NA**

PAN No. स्थायी आय 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 चिह्नन लगावे) 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)	Priem	60	f	wife
(2)	Sunil	30	m	SON
(3)	baby	28	f	daughter in law
(4)	gautu	4	m	Grand SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलेखन 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 कितनी अन्य स्रोत से विवृति गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED री गई सहायता राशी
1	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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी 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 फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका इस्तेमाल केवल उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु पत्र प्रार्थना की गई है, इस सहायता का आर्थिक या वित्तीय सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कार)

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोप, पत्र, पत्रिका/या दूसरा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हों। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छित को पालने या धार में करने से लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्ण स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

तेजशिरु

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर)

- 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.

- हस्ताक्षर अधिकाधिकृत, हस्ताक्षर को और से न्यायोप/बीमा को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनियोजित की जाती है, जिससे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से अन्य से सहायता करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उचित प्रयोग/प्राप्त करने से लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियोजित/अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर वित्तित मदद उक्त प्रयोग/प्राप्त हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता या किन्हीं एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर को सौंपा जा विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इच्छित चिकित्सा और जाने जाने को सभी विनियोजित रोगी एवं हस्ताक्षर को हस्ताक्षर और "कोशिका" को कोई पुष्टि का विनियोजित इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery आपरेसन की तारीख 19/09/23</p>	<p><i>Vinod</i> Dr. Mohd. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology FCO (UK) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Reg. No: DMG/R/12598</p>	<p><i>Charan Massey</i> CHARAN MASSEY (Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar जो न हो पर हस्ताक्षर अधिकाधिकृत</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Dr. Rameez Reza</i></p>	<p><i>Dr. Shroffs Eye Hospital</i></p>