

URN - P-24-03-0860-N

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: V/0324/1799
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 13/03/24
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Turji
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sarnam
पिता/कटुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sonapuram gram Unnao, Sarnam kheda

Jett Bharatpur, Rajastham, 321203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

(MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित))

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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.	Chanchal	56	F	Wife
2.	Vishnu	37	M	Son
3.	Jaya	35	F	Daughter in Law

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) 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
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - (LE) - SICS + PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किम्वौ अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	DBCS	2000/-

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.

AGREEMENT by APPLICANT (ज्यावेदक द्वारा करार)

2) मैं (आवेशक) इस बात से साक्ष्यत हूँ कि मेरा माय, पता, फोटो और निवास जहाँ कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

2. "कोशिका फाटने" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तमाला द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव रोगी एवं हस्तमाला के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तमाला में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने लक्ष्यों के लक्ष्य रोगी एवं हस्तमाला की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

नाम व पद हस्त्याल अधिकृत अधिकारी

100%