

20-09-0657

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No  
आवेदन संख्या: A/0920/0039

APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि: 25/09/2020

NAME of APPLICANT  
आवेदक का नाम: Mishro

AGE-YEARS जाय-वर्ष: 68  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME  
पिता/कटुप्य का नाम: Kamru



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Baghozia Teh. - Tizara

Dist. - Alwar, Rajasthan - 301911

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

as above

Pre op. 0039  
Post op. Mishro

OCCUPATION  
व्यवसाय: Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME  
कुल वार्षिक आय: ₹5,500/- (family)

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)  
(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)  
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर गंठी का निशान लगाएं)  
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 सम्बन्ध
1	Kamru	70	m	Husband
2	Noshlee	47	m	son
3	Aabid	48	m	son
4	Seddans	46	m	son
5	Kulli	42	m	son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण प्रतिलिपि (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस प्रमाण पत्र का प्रमाण प्रतिलिपि (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - Msc LE - IMSC
2	Surgery - RE - SIC + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED नी गई सहायता राशि
	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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही 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 सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से जो कि मुझे है, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 its Trustees to use/publish/post-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 करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाश/प्रसारण, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे करार का विवरण मेरे इरादों के चलते या करार के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस करार से सहायता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीद गतिविधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

*R. Mishra*

**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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) अपने प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी छात्रों/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अयोग्य/असफल हेतु चलाए नहीं किंचित बात है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता 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। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और आरंभ करने को जारी रखने/रोगी रोगी एवं हस्पताल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई धुनिका या विनियमन हेतु सहायता में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
26/9/2022

**Dr. NURDIYA GUPTA**  
**MS (OPHTHAL)**  
(Name of Dr. & Reg. No. of Hospital)  
रिजिस्टर, कोशिका फाउन्डेशन

**L. MASSEY**  
**Administrator**  
(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory of Hospital)  
Dr. Shweta Singh  
पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यारी हस्ताक्षर 1

*Safarjani*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यारी हस्ताक्षर 2

*Shweta Singh*