

C-26-03-0161

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: A/0326/0929	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 06/03/26			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Madan	AGE-YEARS आयु-वर्ष 79	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम Surala Ram				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village- Berla, Teh. Buhari, Dist. Jhunjhunu Rajasthan- 333033				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता As above				
OCCUPATION: व्यवसाय Farmers	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 57000/-	(Attach Proof of Income) (आय का सत्य 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 ☒ No ☐				
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
	Nil			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनतों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1-	Diagnose sis- RE - senile cataract - LE - PRRAL			
2-	Surgery - RE- SILS WITH PmmA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
1-	Nil			



Prep

Postop

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 थोपना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यन्त घटा जाता है तो मेरी महापात्र निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापात्र राशि "बोसिका भाग्यदेसन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापात्र हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोत्/नियोक्ता/वीर्य कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने इलाखर या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं “कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायों” को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे “कोशिका” एयम् न्यासी, राज, याचना या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पक्षों या बाद में करने के लिए “कोशिका काउंटिंग” या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोचित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में “कोशिका” एयम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को दस्तावेज या अंगठे का निशान



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, इन्तख़ाबी की ओर से मामले/ऐगों को "कोशिका फाटनेशन" से विधित्य सहायता हंत सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हममतल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाया/भारत में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद उगत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति जाँचिक/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो सम्पत्तल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्तल द्वितीय मरदर उगत रोगी/मरदर हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर सम्पत्तल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं सम्पत्तल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये सम्पत्तल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं सम्पत्तल की होगी और "कोशिका" को कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

YOGESH YADAV

Assistant Administrator

(Donor's Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Ag on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताग्राल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Mohd. Rameez Reza
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
(Name of Dr. & Regn. **FRCS(UK)**)
Reg. No. **DMC/R/12598**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Erasmus

here