

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1024/1729

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/10/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayalaxmi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

A.G. Laksh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Alal Kanchavara Enayam Temple Annapurna
 Malapake part Jintur Taluk Tankul. Dist

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता




pre op - post op
 1729 - Jayalaxmi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 लगाएं)

Yes / No

हां / 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	A.G. Laksh	63	m	Husband.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार:

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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
①	Diagnosis RF- cataract LF- cataract
②	surgery - RF cataract + pto

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
①	DBS	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.

1) मैं यहाँ पर कतल है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वैसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में था।

3) मैं यहाँ पर कतल है कि किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना को नहीं है, उसे राशि को आशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोव्हाइनिंग/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही अधिक से ली जाये।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1.) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोलिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोलिका" एवम् न्यासी, दाएँ, बाएँ/या दूसरे दर्पण में जुड़ी गतिचित्रों और उपस्थितियों के तारे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोलिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

अधोपस्थापक के हस्ताक्षर या अंगुलि चिह्न निम्नलिखित

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.

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त टोपी/पायल में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विमर्शित/विनित। उक्त का सम्बंध भी "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पर्यटन हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अशिक्षा/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय पर्यटन उक्त टोपी/पायल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेंगे/लेगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Ch. Eye Care Trust)
15/M, Thimmaraj Road, Miller, Lark Bed Area

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यासो हस्ताक्षर २

Defendant

2020