

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of lifeAPPLICATION No.  
आवेदन संख्या: V/0423/0020APPLICATION DATE 04/04/23  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT  
आवेदक का नाम: Babu LalAGE-YEARS आयु-वर्ष: 69  
SEX लिंग: MFATHER'S/SPOUSE'S NAME  
पिता/कटुम्भ का नाम: Rampal

Preop

Postop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Jharuautha, Hasanpur,

Distt. Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :  
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME  
कुल वार्षिक आय

46000/- (Family)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्याई खात 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.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | Wagina                                            | 64                         | F              | Wife                                            |
| 2.                     | Ajayram                                           | 30                         | M              | Son                                             |
| 3.                     | Muskaan                                           | 27                         | F              | Daughter in law                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

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

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>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 किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लिया गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1                      | DBCS                                      | 2000/-                                                    |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |

**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, seek or reimburse, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में मैंने जो सभी विवरण दिये हैं, वे मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरे आवेदन और मेरे चल रहे सहाय्य को खारिज करने योग्य बना देगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहाय्य को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहाय्य को नहीं और भविष्य में भी नहीं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही वापस दे रहा हूँ।

**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/produce 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 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 फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप लगाकर मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टी, "कोशिका फाउन्डेशन" के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में जोड़े हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो या अन्य विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रसारण या प्रकाशन के माध्यम से मेरे नाम, पता, फोटो या अन्य विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम पर प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रसारण या प्रकाशन के माध्यम से मेरे नाम, पता, फोटो या अन्य विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम पर प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रसारण या प्रकाशन के माध्यम से मेरे नाम, पता, फोटो या अन्य विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम पर प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप



**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 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम (हस्पताल) और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहाय्य नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहाय्य हमारे लिए पर्याप्त नहीं है, तो हम (हस्पताल) को अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहाय्य लेने का अधिकार होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किया गया कोई भी दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण और पूर्णतः जिम्मेदार होना होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

|                                                            |                                                                                                 |                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>अपराधन की तारीख</p> <p>05/04/23</p> | <p>DR. SIMRAT CHANDI<br/>MBBS, MS<br/>(Name of Doctor)<br/>DMC-48540<br/>Time.....Date.....</p> | <p>(Name, Designation, Signature and Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>हम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

