

MOM - C-23-04-1043

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: M 0423 / 00 23

APPLICATION DATE: 19/04/23

NAME of APPLICANT: Ram Krishan Singh

AGE-YEARS: 63

SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shiv Das Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थान जावासीय पता

Bhadarpur, Bahadur Puri, Khurri Behar,

Uttar Pradesh. 261501.

Block Post of

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above.

OCCUPATION:

Farmer.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000/-

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

PAN No. स्पष्ट संख्या संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें।

Yes / No

हूँ / 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	Suni / Kumar	30	M	Son
②	Geeta Devi	26	F	Daughter-in-law
③	Aniket	2	M	Grand Son

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियोग आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण
गर्भी रेखा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	अल्प आय की साथ पत्र (प्रमाण पत्र की आय प्रति संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागू जाति संलग्न करें।)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
①	Diagnosis:	RF - Senile Cataract LF - Senile Cataract
②	Swelling	RE SICS with Gamma lens camp.

## ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ली गई सहायता राशी
①	DRCS	0.000

**Koshika**  
foundation  
Building block of life



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा स्वीकृत प्रकाशन:**

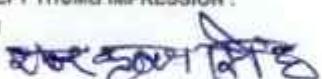
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 योग्यता करता हूँ कि इस प्राप्त मेरे द्वारा विकास एवं जागरूकता के अनुकान उपर एवं लाभी है। परं यहाँ विकास एवं कठान असाधारण चाहता है जो मेरी सहायता निरन्तर की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता या "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्णी रूप से विकास वापरों, जो इस प्राप्त मेरे द्वारा है।
- 3) मैं पूर्णता करता हूँ कि यह सहायता हमें यह प्राप्ति को गई है, तब यही का अधिकार या सकान दिया जायेगा जिसी अन्य स्रोत/प्रियोंका/जीवा कामयी से या तो विकल्प है और न ही परिवर्त्तन में है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति का अपने हस्ताक्षर पर जांचे की जाए तथा कार्यकारी, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पूर्णता करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यायीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जात, फोटो और ये विकास इस प्राप्ति मेरी सहायता है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाता, वाचन/या दूसरी उद्देश्य से खुदी गतिविधियों और उपलब्धियों को विकास करने के लिए किसी भी प्रभाव नाम्यता से ज्ञात नहीं की जाएगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहायता हूँ कि मेरा नाम, जात, फोटो और विकास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का निर्णय अर्थात् और वाच्यकारी होता।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)**

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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यामानीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विकास सहायता हेतु विभागीय को दी जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विन व्यक्ति के नाम व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विकास सहायता दियी गई साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त दोषीय सम्बन्धों में सेवा या तो रहे हैं, ये कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकासार्थकी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भवर हुए कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनानी अधिकारी/सफल द्वारा किया जाता है तो अस्तवत विनी अन्य और साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्णता से स्वतः भवर उक्त दोषीय सम्बन्धों में सेवा या किसी अन्य साधन से नहीं संलग्न/सेवा।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के केवल विकास प्रकृति की है; ये पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखना नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर ये योगी के इकाय मूल्य और आवेदन की सही विमेट्री योगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को योगी भूमिका या विमेट्री इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

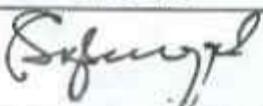
स्वीकृती के लिए सम्मुखी

Date of Surgery अंगोरोन की तिथि  <i>(19)04/23</i>	Dr. MAZHAR N. KHAN M.B.B.S, M.S (Ortho) U.P M.G.C Regs Regd No. 9/2011 (Stamp) दाक्तर का नाम व हस्ताक्षर व रोड नं.	Anurag Mishra Manager-Administration Dr. Shroff's Charity Eye (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Monogram on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर आवेदकी जायकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आवेदक उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यायी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यायी हस्ताक्षर 2

