

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No

आवेदन संख्या :

V/0423/0025

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

05/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Surajpal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

59

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

Pyarelal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Semari, Semari, Semari,

Chhoti, Distt. Mathura, U.P. 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

SS 700/- (Family)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

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 चिह्न लगावे)

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 सम्बंध
1.	Meena	56	F	wife
2.	Dinesh	35	M	son
3.	Manju	33	F	Daughter in law

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - P.P.
	LE - Cataract.
	Surgery - (LE) SICS + PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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



DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 apply of compensation, in part or in full, from any other source/organization/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सच और सही हैं। और कोई भी झूठा बयान मेरे आवेदन, सहायता, यदि कोई हो, को अस्वीकार/रद्द करने के लिए जिम्मेदार होगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूंगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पहले या बाद में किसी भी अन्य स्रोत/संस्था/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले 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 it's Trustees to use/publish/print/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.
- 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/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 दस्तावेज़ पर अपना हस्ताक्षर या दाहिनी 엄지 انگुठा छाप लगाकर मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में बताए गए हैं, उस "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, जो मेरी सहायता के लिए प्रार्थना कर रहा है, को प्रसारित कर सकते हैं। इस दस्तावेज़ पर अपना हस्ताक्षर या दाहिनी 엄지 انگुठा छाप लगाकर मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी अतिरिक्त अनुमति के अपने वेबसाइट, प्रचार सामग्री, या अन्य किसी भी माध्यम में प्रसारित कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी अतिरिक्त अनुमति के प्रसारित करने से मेरी सहायता को जारी रखने या अंत में मेरी सहायता को रद्द करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" अपने ट्रस्टियों के निर्णय के अधीन रहेगा और उनके निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठा 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, in 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 any other 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, हस्ताक्षर की ओर से हमारे संस्था को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। जिस हम (हस्पताल) बिना किसी भी शर्त के स्वीकार कर रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे संस्था और न ही हमारे संस्था में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता से लाभ प्राप्त करने का कोई भी प्रयास किया जा रहा है, जो कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना किसी भी अतिरिक्त अनुमति के प्रसारित करती है, तो हमारे संस्था को बिना किसी भी अतिरिक्त अनुमति के प्रसारित करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ पर अपना हस्ताक्षर करके हमारे संस्था को बिना किसी भी अतिरिक्त अनुमति के प्रसारित करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह का चयन रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी सहायता या वित्तीय सहायता इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/04/23	DR SIMRAT CHANDI MBBS, MS (Name of Doctor, MBBS, MS) DMC-48540 Time 11:30 AM Date 06/04/23	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Eye Care Institute Administrator Dr. Shroff's Eye Care Institute Dr. Shroff's Eye Care Institute Dr. Shroff's Eye Care Institute
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इन्द्रका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इन्द्रका 2