

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्नायुय दख्खाल)

APPLICATION No. V / 0423 / 0026

APPLICATION DATE 05/04/23
आवेदन तिथीNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Sultam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुभ का नाम Shrimbu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासियान आवासीय यता

Raunaq, Raunaq,
Distt. Mathura, U.P. 281306

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय यता

Same as above

OCCUPATION:

बदलाव

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

₹ 6000/- (Family)

PAN No. ट्राई स्टार संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चान लगाये)Yes / No
हाँ / नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

NA

Koshika
foundation

Building block of life



Preop

Postop

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.	Birsha	45	F	wife
2.	Rasul	24	M	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की उपर प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की उपर प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योगी कार्ड (प्रमाण पत्र की उपर प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	RE - Cataract	LE - Cataract
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	------------------

Surgery - **RF** SICS + 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 नहीं गई सहायता रकम
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक का घोषणा)

- 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 of reimbursement, in part or in full, from any other source/other organisation/company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं सोम्या काले हूं कि इस प्रकार न तरं यह किसी विकल से अनुकूली के अनुकूल गति यह सही है। यदि कोई विकल यह काम अपूर्ण या कम है तो मैं, याकाह नियम की जा सकती है।
- 2) मैं इस के नाम से "कोशिका फाउंडेशन", मे जी जा रही है, इसके अनुकूल यही उद्देश्य की भूमि के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार है यहाँ यह है।
- 3) मैं यूट बोके हूं कि यह उत्तर यही नहीं है। यह उत्तर का अधिक या अकेला किया जाना अनुकूली कम्पनी मे नहीं किया है और वही विकल मे नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का घोषणा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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, 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) मैं प्रत्येक वर्ष अपना का नाम, वास्तविक जीवन की योग्यता की भूमि काले हूं कि "कोशिका फाउंडेशन" यह आपूर्ण यही जाएगा। यह "कोशिका फाउंडेशन" यह आपूर्ण यही जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस काले हूं कि मैं यह नाम, वास्तविक जीवन की योग्यता की भूमि के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" यह आपूर्ण यही जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपने के नाम का अनुरूप का छपा



AGREEMENT by HOSPITAL (उपचार का काल)

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 publicopic 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 this matter.
- मैंने अनुरूप, दोषित को आप के जानकारी को "कोशिका फाउंडेशन" के लिए अपना कुल योग्यता की जाएगी है। यहाँ यह (अपना) जिस काले हूं यहाँ का जानकारी काले हैं।
- 1) यह कि न तो वास्तविक जीवन मे विकल यहाँ किया जाएगा यहाँ का योग्यता की जाएगी जो आप का योग्यता की जाएगी यहाँ का योग्यता की जाएगी। यह कि हामने "कोशिका फाउंडेशन" का विवरण/परिचय उत्तम का योग्यता की "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्यता की जाएगी। यह कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्यता की जाएगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" मे जी यही योग्यता की जाएगी। यही यह अपना काले हूं यही योग्यता की जाएगी। यही यह अपना काले हूं यही योग्यता की जाएगी। यही यह अपना काले हूं यही योग्यता की जाएगी। यही यह अपना काले हूं यही योग्यता की जाएगी।
3. "कोशिका फाउंडेशन" मे जी यही योग्यता की जाएगी। यही यह अपना काले हूं यही योग्यता की जाएगी। यही यह अपना काले हूं यही योग्यता की जाएगी।
4. कोशिका फाउंडेशन का विवरण यही योग्यता की जाएगी। यही यह अपना काले हूं यही योग्यता की जाएगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अनुरूप का योग्य अनुमति

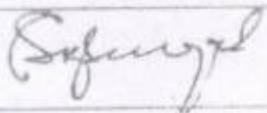
Date of Surgery अनुरूप की तारीख 06/04/23	DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS (Name DR. Simrat Chandi with Stamp) Time..... Date.....	 (Name, Designation & Date/Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मैं ने यह अपना काले हूं यही योग्यता की जाएगी।
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम संकेतक



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम संकेतक

