

NRN-C-23-03-011

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : 210423/0051 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 09/04/23 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : Seetaram Sharma आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 73	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ghure Lal पिता/कटुम्भ का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Jirauti, Sarni, Agarana, Distt. Aligarh, U.P. 202418			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION : Unemployed व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 45000/- (Family) कुल वार्षिक आय		(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 निशान लगाएं) Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	Gurddi	42	F
2.	Seetara	37	M
3.	Katka	33	F
4.	Rishi	10	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Wife			
Son			
Daughter in Law			
Grand Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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- 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 हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	
1.	DBCS	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 घोषणा करता हूँ 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) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका काउन्टरना", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में गरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उरा यदि या आर्थिक या सकल निरस्त किसी अन्य कोल/नियोक्ता/बोमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखित है, उसे "कोशिका" एचम् न्यासी, राज, बाबरा या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सत्य किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इराज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भगवान, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" यथम जरूरी न्यायिनी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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 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.

हमारे अभिप्रेत, हमाराही जी और से सामले-लेगी को "कोशिका पाठान्दोलन" से मिलित सहायता होत सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही भूमि में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाए योग्यतामूलक लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारविनिर्माण/विनिर्माण के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्माण आशंक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्तधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाए योग्यतामूलक हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाटने" से ली गई सहायक कोषों की प्रकृति की है। रोसी पर हमला द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोसी द्वारा किया जायेगा। कोशिका फाटने के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्त नहीं है। इसलिए हमला में रोसी के शरीर सुरक्षा और जाने जाने के लिए जिम्मेदार रोसी पर हमला की होगी और "कोशिका" भी कोई व्यक्ति का जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

10/04/23

Dr. NIDHA YADAV  
MBBS, DNB Ophthalmology  
(Name of Dr. with Stamp)  
Reg. No. 8537  
Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

## मानसिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2