

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:

C/0123/0055

APPLICATION DATE: 11-01-2023
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

M H Jagpal

AGE-YEARS वर्ष - वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम

M H. Pithhi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्तीमान आवासीय पाल

Manpur Thal, Manpur P.O., Saharanpur
Lakhnauti, Uttar Pradesh, 247347

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पाल

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

Jagpal (0055)

OCCUPATION:

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

51,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष दस्तावेज़)

NA

PAN No. स्ट्रेट ग्राम संख्या

NA

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

Yes / No

मात्र आय भर कर चुका है (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगाये।

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू 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	Sudesh	62	F	Wife
2	Ravi	27	M	Son
3	Vijay	25	M	Son
4	Ruby	26	F	Daughter-in-law
5	Yug	10	M	Grand Son
6	Yuvika	08	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनाहि आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कई साथ
गरीबी रोड़ के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतान करें।)	जल्द जल पानी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतान करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतान करें।)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गवे विनाहि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract
	Surgery - LE - IOL with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वास्थ्य में लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेंही जानकारी को अनुमति दिया एवं दी गई है। यदि, कोई विवरण यह काफ़ा अकाल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निराकार भी जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जैसे सहायता ग्रहि "कोशिका काउन्डेशन", तो भी यह ही है, उसका उपयोग उसी कारण की चूटी के लिए विवाह जारी, जो इस प्राप्ति में खाली गया है।
- 3) मैं नहीं कहता हूं कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति की चूट है, उस चीज़ का अस्तित्व या भक्षण हिस्सा कियो अन्य ज्ञात/निवेदित/रीति वर्णनों में नहीं लिखा है और न ही परिवर्त्य में सौंपा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की चूट करता हूं एवं "कोशिका काउन्डेशन और उसके न्यासों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जैसे विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, जैसे "कोशिका" प्रचल. न्यासी, दूर, गावान्धा या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गोलिबीपियाँ और उपलब्धियाँ जैसे विवाह जारी, जो प्राप्ति में सूचित हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस चाल में सहायता हेतु कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जैसे जैसे सहायता के उद्देश्यों से प्रतीक्षित हैं पुढ़े चलना; सहायता का इकायत नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासों का निर्गंप अविभागी बनायकारी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के उत्तमता या अंगठे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कथा)

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.

इनारे अधिकृत, हालाती को और से नाम्यत्व/एर्टी को "कोशिका काउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु विकलान की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न चाला से सम्बन्ध व संबंधित करते हैं।

- 1) यह कि न तो गांधीनाथ और न ही धर्मशाल में विविध सहायता विकला गैर सरकारी संस्थान या विकली अन्य संस्थानों से उक्त संगी/समाजों में हीरे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से विकलान/विनियत उक्त के यात्रा ये "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा नाम हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विकला अस्तित्वावाक्यकाल हेतु बन्दू रही विवा जाता है तो अस्तित्व किसी अन्य जैसे संस्थानी संस्थान या विकली अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस चूटि में स्वयं कहा जाता है कि आवासान द्वितीय पटर उक्त एंगी/समाजों हेतु किसी जैसे संस्थानी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेनेवाली है।
- 2) "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता कोवत विविध प्रकृति की है। एंगी या हस्ताक्षर द्वारा या किसे गये उपचार/उकिया या चुनौत ऐसी चूर्ण स्वयं हस्ताक्षर से बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखता नहीं है। इसीनिये हस्ताक्षर में एंगी के हस्ताक्षर सुखा और आगे जाने की विष्येवारी होनी एवं हस्ताक्षर को होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विष्येवारी इस व्यक्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए, संमतुति

Date of Surgery अंपरेशन की तारीख 11-01-2023	Dr. Ravi Raj Jain MBBS, DOMS (AMU) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दास्तावेदी की नाम या हस्ताक्षर व तिथि १	VIVEK DANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr Shroff's Chhatra Sahayak Hospital (M.P.W.V.A.) अस्तित्वावाक्यकाल अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवासान उपलेख हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

