

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : C1012310107APPLICATION DATE : 19-01-2023
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

MM NIKKA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Late MM Phool Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ravinder Mandir Wali Gali, Gangoh Road
Manakmali, Sahamandpur, Sahamandpur,
Uttam Pradesh-247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre OP Post OP
NIKKA (0107)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

50,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. एवं खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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)	Santnu	57	F	Wife
(2)	Phaneen	25	M	Son
(3)	Rabul	23	M	Son
(4)	Robit	20	M	Son
(5)	Nikka	22	F	daughter in law
(6)	Manisha	21	F	daughter in law
(7)	Shivansh	09	M	Grand Son
(8)	Diya	04	F	Grand daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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
	Diagnosis - RF - Pseudophakic LE - Senile Cataract
	Surgery - LE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "मॉडिफाई फायरवॉल" से दी जा रही है, इसका उपयोग उद्योग उद्योग को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में परा गण्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वांछित या उचित किसी किसी अन्य इंटर/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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 का अपने हस्तक्षर या जंगल को छान सागर, मै. (अनुरोध) अपनी सहगीता को पुष्टि कराया है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, वाचना/य दूसरे उद्देश्य से कुछो विविधियों और उपलब्धियों के तबिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हाथों को पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मै (अनुरोध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षात् के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः साक्षात् का इकदा नही बचना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अपेक्षक में हमारा यह क्लिप का निम्न

P-self

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतम, हस्ताक्षर की ओर से सम्मिलित लोगों को "कोशिका काउन्टेरल" से विधिवे सहायता देना सिखाया भी जाती है, जिसे हम (इन्स्टाट) निम्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही भाषिण्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संबंधित से उक्त रोगी/मांगने में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिस्ट/विपरीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमि आशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाया है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रश्न में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरण उक्त रोगी/मांगने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थान से नहीं लेना/लेदी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में रोगी के इतना सुरक्ष और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्तेमाल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

संयोजकता को लिख संस्तुति

ऑपरेशन की तारीख
19-01-2023

Dr. PRAVEEN SEN SHAHI

DMG-87415
(Name of Applicant No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shruoff, Charly (MANA)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक डकैती

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्तधरः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वास्थ्य कल्याण २

