

SRE-C-23-01-0734

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C/0123/0121

APPLICATION DATE: 21-01-2023

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MH Dharam Pal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

Late Mr. Kishan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Ghosh Lakshmi, Lakshmi Must. Sahasraram
Lakshmi, Union Pradesh, 247551

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

PASTE PHOTO HERE

PHEOP POSTOP

Dharam Pal (0121)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

45,000

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई 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 लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 सम्बन्ध
(1)	Bala	63	F	WIFE
(2)	Rakesh	35	M	Son
(3)	Rakesh	33	M	Son
(4)	Suhita	32	F	Daughter in Law
(5)	Gaurav	20	M	Grand Son
(6)	Saloni	18	F	Grand daughter
(7)	Rachmi	16	F	Grand daughter
(8)	Balok	12	F	Grand daughter
(9)	Saurabh	10	M	Grand Son
(10)	Nayana	09	F	Grand daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 - RE - senile cataract
	LE - senile cataract
	Surgery - LE - SLCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गयी है?

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 पत्र:

- 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 हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि केवल इस प्रारूप में उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जा सकती है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लाभ प्राप्त किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा फल)

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 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, जिसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सक, दवा, चिकित्सा सुविधा, उपकरण, इत्यादि के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

 P-Self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा फल)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्ताव/पेश की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी तरह से सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देशित किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित/अस्वीकार/नकारित होगी, तो हमें स्वतः सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्राप्त होने पर हमें स्वतः सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के माध्यम से वित्तीय सहायता को प्राप्त करूँगा। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित/अस्वीकार/नकारित होगी, तो हमें स्वतः सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्राप्त होने पर हमें स्वतः सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

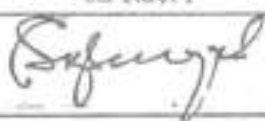
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21-01-2023	Dr. PRAVEEN SEN SHAHI DMC - 97415 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shruoff's Charity Eye Hospital (Name of Hospital & Designation of Authorised Signatory)
---	---	--

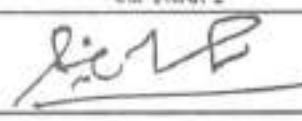
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोपक्ष 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोपक्ष 2





भारत सरकार
Government of India



धर्म नाम
Divyam Pal
जन्म तिथि / DOB: 10/12/1998
पुरुष / Male



6387 3489 4756

- आम आदमी का अधिकार



भारतीय पहचान संस्थान
Unique Identification Authority of India

पता
अद्वय कृष्ण, ग्राम जहनीर,
जहनीर मुस्त, सहरापुर, जहनीर
अरर जिला: 247551

Address
S/O Kahan, Gram Jahnour,
Lakhour Must, Saharapur,
Lakhaur, Uttar Pradesh, 247551

6387 3489 4756

