

SRE-C-23-01-0803

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0123/0127		APPLICATION DATE: 21-01-2023 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MMH. Kameshni		AGE-YEARS आयु-वर्ष 75	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम Late MM. Hanfool		 PASTE PHOTO HERE Pre OP Post OP Kameshni(0127)			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Panigali Kasimpur, Panigali Kasimpur, Sahamandpur, Panigali Kasimpur, Uttar Pradesh - 745551					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION: व्यवसाय House wife					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 45,000 (Family Income)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. स्थायी खाता संख्या N/A					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राजा हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन 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)	NAMESH	55	M	Son	
(2)	Amresh	53	M	Son	
(3)	Pali	50	F	Daughter in law	
(4)	Kamesh	48	F	Daughter in law	
(5)	Anil	23	M	Grand son	
(6)	Manisha	22	F	Grand daughter	
(7)	Himanshu	19	M	Grand son	
(8)	Sachin	16	M	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 निम्नलिखित का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - senile cataract LE - Nuclear cataract				
	Surgery - RE - SLCS with PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		

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 यहाँ पर कण्टा हूँ कि इस प्रकरण 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 यहाँ पर सहायता पाने पर "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कण्टा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रकरण की गई है, उस परिसर या व्ययिका या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा के माध्यम से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिप्रेत करी करार)

- 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सहाय्यता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के खाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहाय्यता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेष्टक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 अधिकृत, हस्ताक्षरित और मुद्रित सामग्री को "कोशिका प्रतिलिपि" से विभिन्न संस्थाओं में सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो सरकारी और न ही अधिकांश निजी स्थापना किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उधार ऐंग्री/भारत में होने या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/प्रतिष्ठा उधार के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भर्द हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निजी अतिरिक्त/उधार हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भर्द उधार ऐंग्री/भारत हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लोग/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल निजी प्रकृति की है। ऐंग्री पर अस्पताल द्वारा की गई सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनर्चय ऐंग्री एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उधार नहीं है। इसलिए अस्पताल में ऐंग्री को हस्तांतरण और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंग्री एवं अस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई अधिकांश या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संसूति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
21-01-2023

MOHD. RAMEFZ DEVA
M.B.B.S., M.S. OPHTHA.
FICO LONDON
(Stamp of U.K. Regn. No. with Stamp)
Reg. No. DMCR/1994/10000

VIVEK RANA
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroff's Chemo-Radiology Hospital
माता अशोक कृष्ण शर्मा अस्पताल, अहमदाबाद

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरणे

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्ति महाराज 2

Rich



भारत सरकार
Government of India



कालेश्री
Kaleshri
जन्म तिथि / DOB: 01/01/1948
लिंग / Gender



2838 0798 8620

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारत सरकार
Unique Identification Authority of India

पता
अग्रमित्री, हरदो, पनियली
कसिपुर, पनियली कसिपुर,
सहजपुर, पनियली कसिपुर, उत्तर
प्रदेश, 247551

Address
W/O: Haradool, paniyali kasimpur,
Paniyal Kasimpur, Saharajpur,
Paniyal Kasimpur, Uttar Pradesh,
247551

2838 0798 8620

1947
1947-2024

1947-2024

1947-2024

4548444629