

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0123/0138		APPLICATION DATE: 13-01-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MMB Kamlesh		AGE-YEARS आयु-वर्ष 51	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम MM Setpal		 PASTE PHOTO HERE Phe OP PostOP Kamlesh (0138)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता HOUSE NO 26, NAKUR ROAD BANOOR KHEDI Phandpur, Phandpur, Sabarnapur, Uttar Pradesh, 247001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय HOUSE wife				
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 47,000 (Family Income)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्टाई खाता संख्या NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (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	Setpal	55	M	Husband
2	Subham	23	M	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			
Diagnosis - RE - Posterior Sub-capsular Cataract LE - Posterior Sub-capsular Cataract				
Surgery - RE - SICS with 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 ली गई सहायता राशी		

- 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्विकार)

- 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 इलाफा या जल्दो की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउन्डेशन और उसके म्यूसियो" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचिप्त है, उसे "कोशिका" समूह म्यूसियो, राज, साधनाथ दुहरे वर्द्धन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिपि किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाफे को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउन्डेशन" व म्यूसियो अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वयः सहायता का वकालत भी करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके म्यूसियो का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

(P-self)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कवर)

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.

1) यह कि न तो बहोतान और न ही बणिज्य में विविध साहायता किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य बनेल से जका ठेकी/पापले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विप्राशिश/विनति जका के सामर्थ्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा नएर हेतु कि है। यने "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा जहागत विनति अशिश/सकल हेतु मन्तुर नही किय जात है तो अमत्ताल किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधर से साहायता लेने का अधिकार पुष्टित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अमत्ताल द्विलीक मरर जका ठेकी/पापले हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका कायन्देशन" से ही गई महापात कोशक विविध प्रकृति की है। सेमी पर इसकाण द्वारा दी गई सतत या बिन्दे गये उपचरप्रक्रिया का चुनक सेवी एवं इसकाण के बीच का विशय है और "कोशिका कायन्देशन" द्वारा किसी प्रभार का कोई दूषार नहीं है। इसलिये इसकाण में सेवी का इत्यन सुखा और आने जाने की सही विमोचणी सेवी एवं इसकाण को होवे और "कोशिका" को फोले पनिका या विमोचणी इस मानने में नहीं होवे।

स्त्रीवादी के लिए संस्था

VIVEK RANA

23-01-2023

Dr. Sandeep Ghildiyal
(Name of Dr. Candidate) - 285021000

(Name of Dr. & ~~with~~ **DMC** with Stamp)

उत्पत्त्या वा नान्ये वा हस्तगत्य वा वलि न

Administrator
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्तताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 4

संजीवनी

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी दस्त्या २

Part



कर्मवीर
Karmveer
जन्म तिथि / DOB : 01/01/1972
लिंग / Gender



3478 7099 8144

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारतीय पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

पता:
W/O: सेतुपति, हाउस नं. 26, बंगला
रोड, बान्द्रा खेरी, फाँदपुरी, फाँदपुरी,
साहबपुर, उत्तर प्रदेश, 247001

Address:
W/O: Setupal, HOUSE NO. 26,
BANURA ROAD: BANOOR KHETRA,
Phandpur, Phandpur,
Sahaspur, Uttar Pradesh,
247001

3478 7099 8144

