

SRE-C-23-01-0856

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: <u>C/0123/0856</u>		APPLICATION DATE: <u>23-01-2023</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम <u>MMS Bala</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>56</u>	SEX लिंग <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम <u>MM Padam</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता <u>Village - Detanpuri, Machhan Hemi, Machhan Hemi, Sabahapur, Utara Pradesh, 227001</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवासीय पता <u>Same as above</u>				
OCCUPATION: व्यवसाय <u>House wife</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <u>✓</u>		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय <u>55,000 (Family Income)</u>		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न) <u>NA</u>		
PAN No. स्थाई खाता संख्या <u>NA</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए):				
☒ Yes / हाँ		☐ No / 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)	Padam	60	M	Husband
(2)	Sonu	30	M	Son
(3)	Abhinav	26	M	Son
(4)	Karam	20	M	Son
(5)	Sakshi	19	F	Son
(6)	Mosam	27	F	Daughter
(7)	Kusam	24	F	Daughter in Law
(8)	Radha	10	M	Grand Son
(9)	Abhi	09	M	Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 विनंती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<u>Diagnosis - RE - senile cataract</u> <u>LE - Total senile cataract</u> <u>Surgery LE - SLCS with PMMA</u>			
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 Kashiya 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 योपमा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं/अथवा आशय फलस्रुत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "उद्देश्य/कारण/उद्देश्य", से सही था रही है, उसका उपयोग उद्योग उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं योपमा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरी गई है, उस प्राप्ति का आश्रित या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

1) इस प्रश्न पर लक्ष्मी हस्ताक्षर या लंगेठ की छाप लाकर, से (अवधि) जपनी सहपाठी को पुष्टि कराते हैं एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ग्यासीयो " को अधिकृत कराते हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पेशित है, उसे "कॉशिका" एम्प्लू म्यासी, कान, माधवा/पा भूसे उपरेश से कुछो गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रवृत्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व ग्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

 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.

हमारे अधिकार, हमारा धर्म की ओर से मामले/पीसी को "कोर्टिका साउन्डेशन" से वित्तिय सहायता देते सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संसदन और न ही धर्मनिरपेक्ष विधि विधान सभाओं किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीकृत संस्था से उच्च रेटे/मार्गों पर लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकरीटरी/नियंत्रित उच्च को सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिमय ऑनलाइन/सकल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने पर अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा विनिमय मदद उच्च रेटे/मार्गों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका मरम्भेशन" से सी गई रसायन केवल विविध प्रकृति की है। रोगों पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका मरम्भेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रसायन नहीं है। इसलिये हस्तगत में रोगी को हस्तगत सुझा और अपने जाने की सारी ज़िम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई पब्लिका या निम्नोपरी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसद

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
23-01-2023

Dr. Sandeep Kumar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाहाबाद में रजि. नं.

VIVEK RANA
Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(MANANI Hospital)
नम व रूद्र हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गहनशिक्षण उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रधर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासे हाजिरा 2

Rich


 भारत सरकार
 Government of India


 नाम
 Bina
 जन्म तिथि: 09/08/1987
 पता / Address



8986 3533 3029

आधार - आम आदमी का अधिकार


 Unique Identification Authority of India

पता: UID पदम, गेट-2001,
 जवाहर स्टी. लाउडरी, बंगलुरु,
 पोस्ट कोड: 560001

Address: UID Padam, Gate-2001,
 Jawahar Steel Laundry, Bangalore,
 Post Padam, 560001

8986 3533 3029



