

NR N-C-23-n4-1228

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.: 6/0423/0144
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 21/04/23
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Ghazneri
आवेदक का नामAGE-YEARS वय-वर्ष | SEX लिंग
68 | FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Himmat
पिता/स्त्री का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान जावासीय पता
Karan, Karan,

Distt. Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जावासीय पता

Same as above

OCCUPATION: जबरदस्त

Home maker

MARRIED (जिवाहिल) / UNMARRIED (जिवाहिल)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वय

40000/- (Family)

(Attach Proof of income)
(वय का साथ संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहे हैं (जो मात्र ही उस पर जड़ी का निश्चय लगायें।Yes / No
हाँ / नहीं

Pareop Postop

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.	Keshar Singh	72	M	Husband
2.	Aayu	38	M	Son
3.	Monju	35	F	Daughter-in-Law
4.	Anujuddh		M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनाशी आवाहन

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्पताल वार्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - LE SECS + PRMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता हिस्सी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशी
1.	DBCS	2000/-



Koshika
foundation
Building block of life.



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पड़ता है:

- 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 फॉर्म मे दिए गये मर्यादित जीवनकारी के अनुसार सभी एवं नहीं है। परं कोई विवरण एवं कठबन असाध्य चाहे जाता है यो मेरी महाप्राप्ति विवरण की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महाप्राप्ति विवरण "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्णता के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकार मे भर्त गया है।
- 3) मैं पुर्णता सहज हूँ कि विवरण महाप्राप्ति हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस दृष्टि का अधिकार या सकात विस्तार विवरणीय अवधि योग्यता/नियंत्रणकारीभा बाध्यकारी से व तो लिया है और न ही परिवर्तन मे सूझता है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रति पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की द्वारा संग्रहकर, मैं (आवेदक) अपनी महाप्राप्ति की पुर्णता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यापारीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पात्र, फोटो और जो विवरण इस प्रति मे दीखता है, उसे "कोशिका" एवं नामीय, धारा, वाचनकारा दूसरे उद्देश्य से बूढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रति कठबन मेरे इच्छात के पास सा बाहर मे बारने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के व्यापारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि ये गये नाम, पात्र, फोटो और विवरण जो कि महाप्राप्ति के उद्देश्यों से प्राप्ति है पूर्णता सहित महाप्राप्ति का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवं उसके व्यापारीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निराल

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.

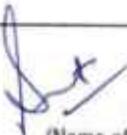
हमारे अधिकृत, इस्तेश्वरी की ओर से यापत्तेयोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महाप्राप्ति हेतु मिशनारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व तो वर्तमान और व ही भवित्व मे विविध महाप्राप्ति किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उड़ात रोगी/यात्री मे ले गए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मिशनारिश/विविध उक्त के सम्बन्ध मे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मर्द हेतु किया है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महाप्राप्ति विवरणीय अधिकृत/सकल हेतु मन्त्रु वही किया जाता है तो अपनाल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से महाप्राप्ति लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुर्णता मे मर्द कठबन जाता है कि अपनाल द्वितीय मर्द रोगी/यात्री हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं होता/होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई महाप्राप्ति कोवता विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई साधारण या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुवाय रोगी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारी हस्पताल मे रोगी के इलाज सुधार और जाने जाने का लिया जाना अपना अधिकार है और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेंद्रणी इस मामले मे नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संतुष्टि

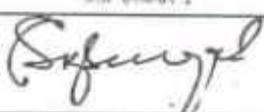
Date of Surgery अंगूठे की तिथि 22/04/23	 DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) DMC - 48540 डॉक्टर की नाम-के हस्ताक्षर के लिए जो.....	 Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जानकारीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यापारी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यापारी हस्ताक्षर 2

