

N.R.N-C-23-04-1230

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.: 21/0423/0149
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 21/04/23
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT: Aemprakash
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष | SEX लिंग
55 MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lalaram
पिता/कानूनी जोड़े का नाम

Pareek Preetpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता
Lalgarhi, Nagla Samya, Mahavati,
AKS Jangar, Distt. Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

same as above

OCCUPATION: व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जीवनाशित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

38000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का स्वाय संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता है (जो मात्र ही उस पर सही का निशान लगायें।)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.	Savita	50	F	Wife
2.	Bheem Singh	25	M	Son
3.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे इमाण पत्र (इमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ज्याद आप वर्ग इमाण पत्र (इमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (इमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई स्वाय

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RE- Cataract
	LE- Cataract
	Surgey - AF SECS + PMMH

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.	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिए गए ममी विवरण नयी जन्मकारी के अनुसार सच्च एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कठान असच्च पता जाता है तो मेरी सहायता निवाल की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यादि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तृतीय की लिये किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।
- 3) मैं पुराणे कारण से इस सहायता के बारे में जानकारी नहीं जानता। उस तरिके का अधिकार या सहायता हिस्से किसी अन्य स्रोत/नियंत्रित कीमती कार्यकारी से न तो लिया है और न ही खालीम में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप साझकार, मैं (अवेदक) अपनी सहायता को पुराणे कारण से इस "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दीखते हैं, उसे "कोशिका" एवं नयी, दान, याचाराद्य दूसरे उद्देश्य में जूही गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये कियी जी प्राप्ति भाग्यम से उत्तमता करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे इशारे के पासे या आदि मेरे बारे में लिये "कोशिका फाउंडेशन" के नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामियों का विषय अतिम और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निराल

३०१२१७ मा९९।

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.

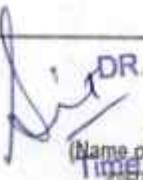
इसको अधिकृत, इस्तमाल की ओर से मापात्मकीय को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विकारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) नियम प्रकार से मन्व व व्यक्तिकर करते हैं।

- 1) यह कि न से वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीकृत से इक्का योगी/यात्री में सौंपे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विकारित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाशी अविकार/सक्रिय हेतु मन्दूर यही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस चूटि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदर उक्त योगी/यात्री ले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से कही लेंगा/होंगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से नीं गई सहायता कोकल विविध प्रकृति की है। योगी पर अस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसे जैसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव गोई। के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में योगी के हताज चुनाव और आने जाने का काम अस्पताल की होगी, और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेंद्री इस भावने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

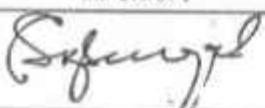
Date of Surgery अंतिम चुनाव की तारीख २२/०४/२३	 DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS DMC - 48540 (Name of Dr. & Regd No with Stamp) Time: <i>[Signature]</i> की तारीख व हस्ताक्षर व रात्रि, म.
---	--



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनावरक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नयी हस्ताक्षर ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नयी हस्ताक्षर 2

