

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of Life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	S10524/0160	APPLICATION DATE: 21-05-2024 आवेदन तिथि:	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम:	Mr. Ompal	AGE-YEARS उमेर-वर्ष: 53	SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुमा का नाम:	Lati Mu. Shyamu	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासाना स्थान: जलालपुर, नाहावड़ा, बाबताला, नाहावड़ा, विहारी घासी, राजस्थान, 247752	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाइ आवासीय स्थान: Same as above	
OCCUPATION: जलालपुर	Labourer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संलग्न) NA	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	45,000	PAN No. स्थाई संख्या संलग्न: NA	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता हैं (जो मात्र ही उमेर पर सही का निशान लगाये) Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
123	Sushma Kaur	50 26	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध Wife Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जलव आय वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से आयी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
Diagnosis - RE - Cataract IE - Total Senior Cataract			
Surgery - LE - SICS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वयं से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लोगौं गई सहायता राशी	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा तथा:

- 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 प्रकाश में दिये गए सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य पर्याप्त हैं। यह कोई विवरण एवं बचत असत्य प्राप्त नहीं है तो मेरी जाहाजा निरत की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता गरिः "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूरी के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में धरा गया है।
- 3) मैं पूर्ण जाहाजा हूँ कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस समिक्षा का अधिकार वह सहायता की जानकारी को पूरी तरह अधिकारीय बनाने की लिया है और वह भी अधिक भौतिकीय 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 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.
  - 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 प्रत्यक्ष पर आवेदक द्वारा जाहाजा की जानकारी, मैं (आवेदक), आपनी सहायता की पूर्णता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातार्थी" जो अधिकृत जाहाजा हैं, को अधिकृत जाहाजा हैं। उसे प्रत्यक्ष में धर्मित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, चर्चा, याचनाएँ इसे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उत्तराधिकारों के लिए किसी भी प्रसार याप्तमा से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे जाहाजा को प्राप्ति करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्ञातार्थी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जाहाजा से सहायता है कि मेरा नाम, पता, जीवनी और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायी बहुमत और जानकारी होग।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक को जाहाजा का अनुमति 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.

इनाम अधिकृत, इसकारी की ओर से गमलेटोरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध भावावाला हेतु विभागीय गोपनीयता है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकाश से भावना व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मेरी जाहाजा को ही पूर्णता में विविध सहायता किसी गैर सहकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीकृत से उत्तम गोपनीयता में होने वा जो जो रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उपकरण के प्रयोग में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरम्मत हेतु किए हैं। उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोग आविष्कार करता हेतु मरम्मत जो किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहकारी संस्थान या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्णता में स्वतः कठा जाता है कि अस्पताल इतोमर मरम्मत उक्त गोपनीयताएँ हेतु किसी गैर सहकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना चाहिए।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जीवं गई सहायता को व्यवहार विविध प्रकृति की है। गोपी पर इसप्रकाश द्वारा यही गोपी जाहाजा या किये गये उपयोग/प्रक्रिया का चुनाव गोपी एवं हस्पताल के भीतर का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश को कोई व्यवहार नहीं है। इसविवेक इसप्रकाश में दोनों के इसका सुझाव और आवेदक को जो किसी विभागीय गोपी एवं हस्पताल की ओरी और "कोशिका" को कोई घृणिता या विवेदाता इस व्यवहार में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती को लिए संस्कृति

**ARNAB MODAK****ADMINISTRATOR****SCH SAHARANPUR**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

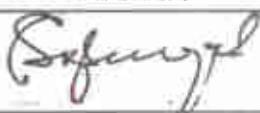
नम् व. पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अधिकारी को तारीख <b>21-05-2024</b>	<b>Dr. Monika Jasrotia</b> DMC No.-5208 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दास्टर का नाम व हस्पताल का दर्जा, न.	<b>ARNAB MODAK</b> ADMINISTRATOR SCH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम् व. पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

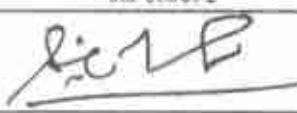
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अधिकारीक उपयोग हेतु

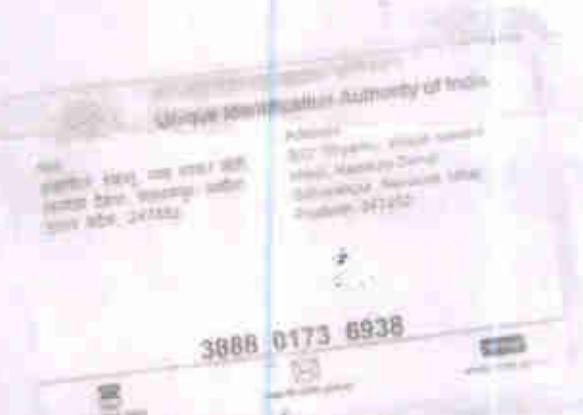
**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यायी हस्पताल ।


**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यायी हस्पताल 2





CEP