

MOM-C-28-06 - 1260

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: M10625/0196
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 19/06/2025

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Ranpa

AGE-YEARS वय-वर्ष | SEX सेंग

CS

INDEX

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
FRANKLIN D. ROOSEVELT

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: _____

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अस्तित्व स्थान
Nagro, Dehi, Sandiliq, Sandiliq
Mahammad Ilyasi
Taluk Pachmarhi - 472 222

~~PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:~~ 1000 University Street

RENTAL RESIDENCE ADDRESS: 2412 3RD AVENUE 401
Same as above

OCCUPATION:

none positive.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

40,000 h

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्पष्ट लाता मार्केट

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाला प्रति संलग्न करें।)	आप आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाला प्रति संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को लाला प्रति संलग्न करें।)	अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु फिल्मे गये विनाश का दृष्टव्यः

Sr. No. **Medical Reports/Prescriptions Attached**
क्रम संख्या **अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुद्रण संलग्न**

Diagnosis ~~4E Senile Cataract~~
~~4E Senile cataract~~

Surgery Notes with P.M.C. / O.R. camp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 प्रकार मे लिखे गये सभी विवरण मेरी जाहाजारी के अनुमति सम्बन्धीय एवं लाभी हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कामन असत्य लाभ जाता है तो मेरी जाहाजारी निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मेरा द्वारा जो जाहाजारी मेरी "कोशिका फाउंडेशन", मे लिखी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जारी रहेगा, जो इस प्रकार मे भासा रहा है।
 - 3) मैं पूर्ण करता हूं कि यिस जाहाजारी हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस गाँधी का अंतिम या सकल दिनहात जिसी अन्य ग्रोटा/निषेचन/बीमा कम्पनी से न हो सिया है और न हो विवरण मे लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराय)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pul-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मे अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की जाहाजारी को "कोशिका फाउंडेशन" और उसके जाहाजारी " को अधिकृत करता हूं कि मेरा जाप, फोटो और जो विवरण इस प्रकार मे जाहाजारी है, उसे "कोशिका" एवं जाहाजारी, दान, जाहाजारी दूसरे उद्देश्य मे जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्त जाहाजारी से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मे इसका को पढ़ने या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न न्यूजी जाहिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस कार्य से जाहाजारी हूं कि मेरा नाम, जाहाजारी, फोटो और विवरण जो कि जाहाजारी के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित है युक्त रहते; जाहाजारी का उपकार नहीं बनता। इस जाहाजारी मे "कोशिका" एवं उसके जाहाजारी का विवरण अंतिम और जाहाजारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर का अंगूठे का लिखान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कराय)

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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से जाहाजारी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जाहाजारी हेतु सिक्कारिता की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न उपराने मे जाप व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो जाहाजारी और न ही भविष्य मे विवरण जाहाजारी किसी गैर सहाजारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त गोपी/जाहाजारी मे सेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिक्कारित/विवरित उक्त के सम्बन्ध मे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यहां द्वारा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजारी किसी अन्य अधिकृत जाहाजारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से जाहाजारी सेवे का अधिकार मुश्विता रखता है। इस पूर्ण मे स्पष्ट कहा जाता है कि जाहाजारी किसी अधिकृत या सहाजारी संस्थान से नहीं लेगा/रहेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई जाहाजारी को लेति प्रकृति की है। गोपी या हस्ताक्षर द्वारा या किसी गोपी या उपराने मे जाप/प्रकृति या चुनौत एवं एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर मे उक्त के इताक चुनौता और अने जाने की सही विमेण्टी गोपी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमेण्टी इस जाहाजारी मे नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगोरण की तारीख 13/06/25	Dr. Utsav Deep M.B.B.S.M.S. Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) UP M.C. Reg. No. 38746 डॉक्टर का नाम हस्ताक्षर का नाम	Deepak Tripathi Administrator Dr. Shroff's Charity Eye Hospital, Sahadev Mohammed Ali Khan अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपराने हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--