

mem-C-23-06-0777

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
महायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवाल)APPLICATION No.:
आवेदन संख्या

M1062310219

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

07/06/23

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Lala Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/स्त्री का नाम

Heman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Khokhay, Rampur, Giraint, No. 18, Rampur
Giraint Kheria, Gola Gokaran, North Uttar Pradesh-262802

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता

Same as above

Koshika
foundation

Building block of life

12-EHAKAAT
2023-06-0777NAME: LALA RAM
TRN: 1062310219

PAST PH:

Post op

OCCUPATION:
प्रवासी

Fanner

 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)(Attach Proof of Income)
(आय का साह्य संलग्न)TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

35,000/-

PAN No.: स्थाई साधा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता है (जो मान हो उस पर सही का निश्चय संगग्ये)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरियां विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरियां के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायता के लिये विवरित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज़ा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जायज़ प्राप्त मंत्रालय को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवासीय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जायज़ प्राप्त मंत्रालय को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जायज़ प्राप्त मंत्रालय को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साहिय
--	---	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आये कोई प्रतिवेदन मुच्ची मंत्रालय		
1	Diagnosis RIE - Senile Cataract 116 - senile cataract		

2 Surgery RIE SICS with Pmma Lens Camp

ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED लोगों की महायता की रकम
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हैं।

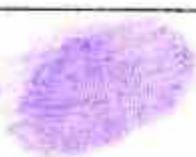
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 अपना कहा हूँ कि यह फॉर्म मेरी जिवाल में सहायता के अनुसार इच्छा एवं सही है। यदि कोई विकल्प ऐसा कारब्र असाध्य जाता है तो मेरी सहायता नियम की जा सकती है।
2. मैं इस फॉर्म पर "कोशिका फाउंडेशन" के लिए जा रही हूँ, उसका उपयोग हमी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।
3. मैं एक बार हूँ कि यह सहायता की रूप है उस सीधे का अधिकार या सहायता दिया जाना चाहिए अब भूमिकाओं बीच कम्पनी में वह जो लिखा है वह नहीं खिलौंगा में लिखा है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कहा)

- 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 प्राप्त करने के लिए इसका यह अंतिम को लाया जाना चाहिए, और इसके लिए यह "कोशिका फाउंडेशन और उसकी व्यासों" की अधिकृत कारता है कि मेरा नाम, वास्तविकता और जीवन की विवरण इस प्राप्त में शामिल है, उसे "कोशिका" एवं नाम, वास्तविकता और जीवन की विवरण में जुड़ी गोलियाँ और उपलब्धियाँ के लिए किये भी जाना चाहिए।
2. मेरे अवेदक के लिए इसका यह अंतिम को लाया जाना चाहिए, और उसके लिए किया जाना चाहिए कि मेरा नाम, वास्तविकता और जीवन की विवरण इस प्राप्त में शामिल है, उसके लिए किया जाना चाहिए।
3. मैं (अवेदक) इस प्राप्त के समर्थन में किया जाना चाहिए, और उसके लिए किया जाना चाहिए कि मेरा नाम, वास्तविकता और जीवन की विवरण इस प्राप्त में शामिल है, उसके लिए किया जाना चाहिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक द्वारा इसका लगान का निशान:



- LT

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कहा)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अधिकृत, उसकी अंतिम को लाया जाने वाली विवरण हाँ नियमित योग्यता है, जिसे हम (हस्पताल) नियम प्रकार से लाया जा सकता जाता है।

1. यह कि वह अपने अंतिम को लाया जाने वाली विवरण में सहायता की विवरण या किसी अन्य स्रोत से उक्त दोनों वाली में लोग या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" के विकल्पों/विकल्पों जैसे उसके समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सदर हांगू किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सहायता ग्राहक या किसी अन्य उत्तराधिकार में सहायता देने का अधिकार मुश्किल रहता है। इस पूर्ण एवं स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदर उक्त दोनों वाली किसी या सहायता ग्राहक या विवरण अन्य साधन से नहीं लाना।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से यह एक सहायता को लाया जाना चाहिए एवं प्रकृति यह है कि योग्य पर इसका द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव दोनों एवं हस्पताल के दोनों द्वारा दिया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया प्रभाव या कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में दोनों को इतना सुरक्षा और ज्ञान जाने की सही विषयाएँ दोनों एवं हस्पताल को होती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery

अस्पताल की तारीख

07/06/2023

Dr MAZHAR N KHAN
M.B.B.S M.D FICO
U.P.M.C.H. & R.N.H. Noida

(Name of Dr. / Regn. No. with Stamp)

उपरांकित नाम पर हस्पताल की संकेतना

Anurag Mishra

Manager-Administrative

D.O.B.: 25/08/1988

Designation & Date of Birth of Authorised Signatory

Hospital

or branch of Hospital

Mobile No. 9811030000

Mobile No. 9811030000

Authorised Signatory

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवारिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पताल 2