

SRE-C-24-06-09#7

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	S/0624/0265	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	19-06-2024	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग
Mr. Radhe Shyam	51		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कानूनी का नाम	Late M/s. Lila			
Village dhayki, Dhayki, Phalki, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247340	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बतमान जाबासीध पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जाबासीध पता		Same as above		
OCCUPATION : पेशागत	Labour		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कूट वार्षिक आय	45,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष प्रमाण) NA	
PAN No. संबंधित संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता है (जो मानव हो उस पर कही 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Babli	49	F	Wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये चिन्हित आकाएँ				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता दीर्घ समय का)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाता दीर्घ समय का)	Ration Card (Attach Copy) उत्तरप्रदेश कार्ड (प्रमाण पत्र की जाता दीर्घ समय का)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई समाझ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
<p><i>Diagnosis - RE - Pseudophacic LE - TOTAL Cataract</i></p> <p><i>Surgery - LE - STICS WITH PMMA</i></p>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायता रकम		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा लिखा गया :

- 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 पीछा करता हूँ कि इस प्रकार मेरे लिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही रूप से होते हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कथन असंग पाया जाता है तो मेरी मानवता निरल की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत्र या "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जानकारी के अनुसार उपलब्ध इसी दृष्टिकोण की पूर्णता के लिए किया जायेगा, जो इस वास्तव्य के बरए याद है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विस मानवता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस गति का अधिकार या सहायता हिस्सा किसी अन्य आर्थिक व्यवसाय कम्पनी से व तो लिया है और वह ही भविष्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा लिखा)

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 ड्रप्रिंट पर अपने इस्तमात्रा या अंगठी की लाइ लाइक, मैं (आवेदक) अपनी मानवता को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यापारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण उम्र वर्ष पर मेरी जानकारी है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाता, वाचन/या दूसरे उद्देश्य से युद्धी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसरण माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे ड्रप्रिंट का विवरण मेरे इस्तमात्रे के पहले या बाद मेरे कानों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस वाले से सहायता हेतु कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्राप्ति है मुझे नहीं: महापत्र का उत्तराधार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके व्यापारों का विरोध अतिम और आवश्यक होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इस्तमात्रा का अंगठी का विश्वास

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा लिखा)

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.

हमारे अधिकृत, इस्तमात्रे जो और मेरे मामले/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध मानवता हेतु मिलाया जाता है, जिसे हम (हास्पातल) निम्न प्रकार मेरा स्वीकार करते हैं।

1) यह कि व तो सर्वसाधारण और वही व्याधियों में विविध मानवता जिसी गैर-साकारी संस्थान या विस्तीर्णी अन्य स्थानों में होने वाले हों हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याद देते हों कि है। यदि, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मानवता विविध अधिकारी/स्थान हेतु बन्दू बन्दू जहां किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर-साकारी संस्थान या विस्तीर्णी अन्य संस्थान में मानवता लेने का अधिकार नुस्खिल रखता है। इस पूर्ण में स्वाप्त करता जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रसरण उच्च उच्च उपलब्ध हेतु किसी गैर-साकारी संस्थान या विस्तीर्णी अन्य संस्थान में नहीं लेगा/लेगेगा।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई मानवता के विविध विकल्प देती है। यांगी पर हास्पातल द्वारा यांगी गैर-स्लायर या विस्तार/इकिया का सुविधा यांगी एवं हास्पातल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यवहार नहीं है। हास्पताल में यांगी को इस्तात्मा और अन्य जाने को सही विष्येषणीय यांगी एवं हास्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विस्तारी इस माध्यम से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संतुष्टि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19-06-2024	Dr. GARVITA JOSHI DMC No.-79886 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर तथा रोड नं.	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Name, Designation & Address of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION आवासिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--