

Nom - C-24-10-0756

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION NO.: M/1021/0266 APPLICATION DATE: 18/10/2024

NAME OF APPLICANT: Kamla Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग 62 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mohan Lal



PASTE PHOTO HERE
Prep Post op
0266 Kamla Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: करीगढ़ आवासीय घर
Udaypur babupur ghat no-11, Granthi
Kheri U.P. 262082

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय घर

as above

OCCUPATION:
बदलाव

Home maker

MARRIED (सिवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

42000 family NA

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

PAN No. स्थाई स्वातंत्र्य संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहा है (जो मात्र ही उस 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Sharon	38	m	Son
2	Vipin	36	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाई आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गीरे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संतान करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अवय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संतान करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संतान करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		✓	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाई का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE = Severe Cataract LE = Severe cataract
2	Surgery RE - SICS + IOL IOL

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 राशि
1	DBGS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोषण यथा:

- 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 प्रकाश में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कठन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दिया "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाहीरी की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस राशि का आवेदक या सकाल हिस्ट्री किसी अन्य झोट/नियोजित/बोमा कम्पनी से न गो लिया है और न ही खरिद में हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कठन)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्राप्ति है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचन/या दूसरे उद्देश्य से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रयार पाठ्यम से प्रशस्ति बांधे के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छाक के पहले या बाद मेरे कठन के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का हककार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का विविध अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

R.F

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कठन)

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, हस्ताक्षर की ओर से नामस्तोरोंको "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से नाम व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त गोपीयामाले में लेंगे या से रखे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकारिश/वित्तीय उक्त के बाबम में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यद्य हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाश आविक/सकल हेतु बन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार मुश्यित रखत है। इस पूष्टि में लाप्त कठन जाता है कि अस्पताल द्वितीय यद्य उक्त गोपीयामाले हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेंगे/तेंगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से सही गई सहायता के बाबल वित्तीय प्रकृति की है। योगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव गोपीय एवं हस्ताक्षर के बीच वा विवाह है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई विवाह नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में गोपी के इच्छा सुना और आने जाने की सही विमेदारी हेतु एवं हस्ताक्षर की होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेदारी इस मामले में नहीं होनी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 12/10/2024	 Dr. MAZHAR N. KHAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) MBBS M.S FICO UPMC Reg. No. नाम व हस्ताक्षर व नंबर ६८९११	 Anurag Misra Name, Designation & Membership of Authorised Signatory Dr. Shroff's General Hospital नाम व डिजिटल अवधारणा व नाम व डिजिटल अवधारणा Sahdeva, Maharashtra - 411001 आनारोक उपयोग हेतु
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	