

mom. C-21-10-0977

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: M/1021/0278
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 14/10/2024

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Om Prakash

AGE-YEARS आयु वर्ष SEX लिंग

66 m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कृपुष का नाम

Buddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Allipur, Allipur Kheri, Faridpur 261505

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Photo Photo HERE
Date Of Birth
0278 OmPrakash

OCCUPATION:
बृक्षराज

farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

46000/-
NA

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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	Lalita Rani	40	m	Daughter
2	Pushpendra	30	m	Son
3	Amit Kr.	35	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिनाते आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा अंत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अप्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिनाते का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न	
1	Diagnosis	RE - Severe Cataract LE - Severe Cataract
2	Surgery RE:	SICS + PAV + ACIOL

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 ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा पत्रः

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं पोषण करता हूं कि इस प्रकार मे लिये गये सभी विकार मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- मैं द्वारा जो सहायता या "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रावधार ने भया था है।
- मैं पुष्ट करता हूं कि इस सहायता द्वारा यह प्रार्थना की जाए है, उस चाहिे का जीर्णक या सकल हिस्त किसी अन्य छांति/नियोजक/बौमी कम्पनी से न जाए रखिया है और न ही खिल्प में लैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट 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 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.

- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की जाप सत्त्वाकर, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहायता को पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में खोलिया है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दान, बचनाया द्वारा उद्देश्य से नुहों वित्तियादियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रत्यार माध्यम से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के लिये या बद्र मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- मैं (अप्पेलेंट) इस बहु से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रत्येक है उसे स्वतः सहायता का हकार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके व्यापियों का नियम अधिक और जापकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट का हस्ताक्षर या अंगूठे का निराम

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

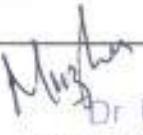
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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, हस्ताक्षरी की ओर से नाम्पर्य/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता देने विकारिया की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य या अधिकार करते हैं।

- यह कि न तो बाधित और न ही खिल्प में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/रोगी में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विकारिया/विनियोग उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बद्र होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोग अधिकारी/रक्तदाता होता रहना नहीं किया जाता है तो अन्यायाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्ट में स्वयं बद्र जाता है कि अन्यायाल डिक्टीय बद्र उक्त रोगी/रोगी में होने विकारिया गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं होगा/होनी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इस्तमाल द्वारा या गई सहायता या किसी नये उपचार/प्रक्रिया का चुनव गोंगी एवं हस्ताक्षर की भीत का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखना नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में गोंगी के इलाज सुझा और अन्य जाने की सारी विमेयता गोंगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई खुमिका या विमेयता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

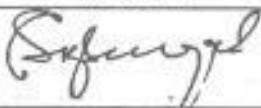
Date of Surgery अंपरेशन की तारीख 14/10/2024	 Dr. MAZHAR N. KHAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) शुक्रवार को 15 अक्टूबर 2024 को 10:00 AM	Anupam Misra Assistant Manager - Administration (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Anupam Misra (Signature) Sahdev Hospital & Research Center अनुपम मिश्र द्वारा दिल्ली में अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनारिक उल्लेख हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

