

Item. C-4-10-0515

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	11/10/2020	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	16/10/2024	foundation Building block of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Guddi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	36	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कुप्रिया का नाम	Deen dayal	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Mehatta Kungana Post - Powayan Powayan Swayam Shabjachherpur. P.P. 242401		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as above.			PASTE PHOTO HERE Pre op Post op 0280 Guddi	
OCCUPATION : जबरदस्ती	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	32000 family	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज) NA		
PAN No. स्थाई स्टान नंबर	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मात्र ही उस पर सही 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अवृत्त वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महावता हेतु किये गये विनाई का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाई की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis RE - Severe Cataract RE - Severe Cataract			
2	Surgery (e. SICS + IOL Closer)			
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 राशी		
1	DBCS	2000		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कथन असत्य पाया जाता है तो उसे सहायता निरस और जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा ये साहाय्या यही "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उच्चार उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायगा, जो इस प्रकाश में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विस सहायता हेतु यह जारीना की गई है, उस राशि का आर्थिक या गहरा हित्ता किसी अन्य स्रोतनियोजन/बीमा कानूनी से न तो लिया है और न ही खिलाफ में है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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.
- 1) इस प्रति पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की चुट्टी करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रति में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, राशि, आवधि/पा द्वारा उद्दीप्त से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रमाण या सम्बन्ध में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रति का विवरण में इतना के गहरे या बाहर ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण यही कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित हैं पुढ़े स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्वाच अंतिम और वास्तविकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

- 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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्ती सहायता हेतु विफारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से नाम व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो बहुमान और न ही खिलाफ में वित्ती सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा संस्थान में होने या ले गए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विफारित/विनियत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियत आर्थिक/गहरा हेतु बन्दू बन्दू नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रौद्योगिकी में रूपरेखा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पापामाले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेना चाहती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता कोक्त वित्ती की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा यही गई सत्ताह या किसी गैर उपचार/इकलिया का चुकाव रोगी एवं हस्पताल के भीतर या विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इतना सुरक्षा और आने जाने की सही विधिवादी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई खूबिकर या विवरादी हस्पताल में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंतिम उपचार की तारीख 16/10/204	<i>Mazhar N. Khan</i> Dr. MAZHAR N. KHAN M.B.B.S.M.S.F.I.C.O. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) U.P. State Board No. 2359 लखनऊ का नाम के हस्ताक्षर व गोब. न.	<i>Anupam Misra</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shroff लखनऊ का नाम के हस्ताक्षर व गोब. न.
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपचार द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2*Safwan**Shreya*