

Mom - C-4-10-1380

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/1021/0314	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	26/10/204	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम:	Munna Lal	AGE-YEARS आयु-वर्ष:	54	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुमा का नाम:	Beche Lal	SEX सेंग:	m	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थावरीय पता Harsadiga Harsadiga khedi Rampur sultana		PASTE PHOTO HERE Preop Postop 0314 Munna Lal		
D.V.P. ०६२००५ PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as above				
OCCUPATION : अवसायः	Labor	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	4000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्वर्ण खाता संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चहो 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
1	Ashana	30	f	Daughter -
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 छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये जाए चिनारी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis	RE - Senile cataract		
		LE - Senile cataract		
2	surgery	RF - SICS + IOL IMA		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 प्रोत्साहन पत्र:

- 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.

1) मैं पापणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निवाल की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता गणि "फोरिका काउन्टेन्स", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।

3) मैं पापणा करता हूँ कि विवर नामांकन हेतु या प्रार्थन की रूप है, उस राशि का अधिक या गहक हिस्सा फिरसे अन्य खोलनियोजक/बोर्ड कम्पनी में जा जाएगा है और न ही खण्डित में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रपत्ति पर अपने हालतासर या आगंतुको को छाप सम्भवकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोलिना काउंटरेन और उसके व्याख्यों" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम पता, फॉटो और जो विवरण इस प्रपत्ति में सहमति है, उसे "कोलिना" एवं नाम, दान, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य से चुनौती निर्धारितयों और उचलायित्यों के लिये बिल्कुल भी प्रसार भव्यत्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रगत का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोलिना काउंटरेन" व व्याख्या अधिकृत है।
 - मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि ये नाम, पता, फॉटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है पुरुष स्वरूप सहायता का हककार नहीं बनता। इस सार्वजनिक में "कोलिना" इस उसके व्याख्यों का नियंत्रण अंतिम और वाचकतारों होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ज्ञानेदक के हन्तासुर या अंगुष्ठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पितल द्वारा करा)

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.

इसमें अधिकतर हमनाथगी की ओर से व्यापक गोणी को "कौशिका फाठन्देशन" से वित्तीय सहायता हेतु लिखाइटा की जाती है, जिसे हम (इमलाल) निच इकार से बन्ध व स्वीकार करते हैं।

- ।) यह कि न हो बत्तेमान और न हो भौतिक्य में वित्तिय सहायता किसी गैर साकारी संसद्यन या किसी अन्य स्रोत से उक्त संगीयामरण से लंगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाइनेंस" से चिकित्सारिशविनियुक्त उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाइनेंस" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाइनेंस" द्वारा सहायता वित्ति अधिकार/उक्त हेतु बन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्तवाद किसी अन्य गैर साकारी संसद्या या किसी अन्य स्रोतामन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तवाद हितीय मदर उक्त संगीयामरण से डेनु किसी गैर साकारी संगीय या किसी अन्य साधन से नहीं लोगा/लेने।

2. "कोंशिका फाटन्डेशन" से लौट वर्द्ध सहायता केंद्र वित्तीय इकूलिंग की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सुलझ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोंशिका फाटन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यापक नहीं है। इत्तिहाये हस्पताल में रोगी के प्रत्येक सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोंशिका" को कोई पर्याप्त या जिम्मेदारी इस प्राप्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि	 DR MAZHAR N. KHAN (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दक्षा का नाम एम.एस.एस.एस. रज. नं. 78911	Anurag Misra Associate Professor (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Charitable Hospital नाम, पद और संवाददाता अधिकृत ऑफिसर
२६/१०/२०२४		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय दृष्टिकोण से

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नवायी इतिहास ।

Safary

SIGNATURE of TRUSTEE 2

અધ્યાત્મી રાસ્તાના વિશે

李伟