

SRE-C-24-07-0451

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	S10724/0321	APPLICATION DATE: 10-07-2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mrs. Ramo	AGE-YEARS वय-वर्ष 66	SEX लिंग P	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Mr. Jaypal			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Village - Sahaspuria, Anupgarh Pw. Bhanoli, Uttar Pradesh, 247129		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: व्याप्ति आवासीय पता same as above		
OCCUPATION: आवासीय	Home Maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आग का साध्य संलग्न) NA		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आग	45,000 (Family Income)	Yes / No हाँ / नहीं		
PAN No. स्ट्रीट चारों संख्या	NA	FAMILY DETAILS परिवार विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Jaypal Rahul Rohit	Age (Years) उम्र (वर्ष) 68	Gender लिंग M	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध Husband Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आवश्यक				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र: (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) व्याप्ति ग्राम वर्ग प्रमाण पत्र: (प्रमाण पत्र को 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 चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
<p>Diagnosis - RE- senior cataract IE- senior cataract</p> <p>* * * * *</p> <p>** ** ** ** *</p> <p>*** *** *** *** *</p> <p>**** Surgery - RE- SICS with PMMA</p>				
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		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण ऐसे जल्दाई के अनुसार सच्च एवं सही हैं। किंतु कोई विवरण एवं कायदा असच्च प्रकार नहीं हैं तो ऐसे सहायता निम्न भी ज्ञा सकती हैं।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यह "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं पुराने कालों से कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस दौर का अंतिम या बकल हिस्से किसी अन्य घोटालियोंका कामनी से न लगे लिया है और न ही भविष्य में लगेगा।

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 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.

- 1) इस प्राप्ति पर मामने हस्ताक्षर या अंगठे की डाक लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुराने कालों से कि यह "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि भेग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नामीय, दाता, वाचन/वा. तूसी. उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार साधन में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इस्तेवा के बहाले या बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस काल में सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है मुझे नहीं सहायता का हक्क है नहीं कायदा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का नियम अदियुक्त और जापानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान

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:

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.

इमरे अधिकृत, हस्ताक्षरों को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु नियमिता को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से भान्द व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मेरे नामीय में विविध सहायता किसी भी साक्षात् संस्थान या किसी अन्य उद्देश्य से उपलंगीयों द्वारा दिया जाता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से स्पेशलिस्ट/किसी उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत/मालिक हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साक्षात् संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध करता जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उच्च से उपलंगीयों हेतु किसी और साक्षात् संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लगातारेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बारे विविध व्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा गई सहायता या विविध गये अपवाह/अक्रिया का चुनब रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हमस्ताल में रोगी के इच्छा सुनाया और आने जाने की सही विमोचनीय रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी। और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमोचनीय इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्थान

Gavita Joshi
Dr. GARVITA JOSHI

DMC No.-79866

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

दाक्तर का नाम व हस्ताक्षर व रीकॉर्ड नं.

Arnav Modak
ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

(Name, Designation & Date of Birth of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामीय हस्ताक्षर 2