

mom - C-24-07-0242

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

M/0724/0325

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

06/07/24

NAME OF APPLICANT

आवेदक का नाम

Ramshankar

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

Nankchand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Chowalthin Post, Kanchanpur, Kanchanpur, Khari
Kam Nigari, Uttar Pradesh, 262802

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

Same as Above

OCCUPATION

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

20000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. अगर जानें तो दर्शाएं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	Ranjit	38	M	Son
2.	Dinesh	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरण आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) नियमित कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु दिए गए निम्न का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis रोग/वैद्यकीय निदान	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/वैद्यकीय लेखों की प्रतिलिपि संलग्न
1	Diagnosis	R/E - Senile cataract
		R/E - Senile cataract
2	Surgery	R/E Sur with pmma lens comp

ASSISTANCE BEING AVAILED ON SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गई सहायता राशि
1	DBCS	8000/-

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 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से स्वीकारा जाता "कोशिका फाउण्डेशन" से लेने जा रहा हूँ। इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि को और किसी भी प्रकार किसी अन्य प्राण/निर्धनक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोविड फाउंडेशन ऑफ़ ठाकुर न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रोहित है, उसे "कोविड" एवम् न्यासी, धन, वाचना/या दूसरे उद्देश से मुझे गोपनीयता और दयालुता के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र को विवरण में उल्लेख के पहले या बाद में करने के लिए "कोविड फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

आपदेक के प्रस्ताव में अंगुष्ठ का निशान

Am 21.01.19

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 it 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरों को आप से सामंजस्यपूर्ण को "आधिकार पारदर्शक" से प्रमाणित किया जाता है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही भविष्य में स्तित्व महापुत्र किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उच्च-रंगी/मामले में लेने या तो उह है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ-डेशन" से शिक्षा/विश्वविद्यालय उच्चतम के सम्बंध में "कोशिका पाठ-डेशन" द्वारा मध्य हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ-डेशन" द्वारा महापुत्र विनियम अतिरिक्त/महल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से महापुत्र लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मध्य उच्च रंगी/मामले हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टडाउन" से की गई संभावना केवल काल्पनिक प्रकृति की है। योगी पर हमस्वन द्वारा की गई कलाह या किय नये उपचारप्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई "बाधा" नहीं है। इसलिए हमस्वना से योगी को उत्तम सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारी योगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई बाधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए, गौरवति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/01/24

(Name of Dr. & Ratio: Asympt. Started)

डाक नं० ७८९११

Deepak Tripathi
Administrator
Dr. Shroff's Charity Eye
Hospital Sahadava
Mohammadi Kheri

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक: दायरे में

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधर ।

Sefernyj

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यास्यै इन्द्राधर २

Self