

Mom- 024-07-0234

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

M/0724/0320

APPLICATION DATE

आवेदन दिनांक

06/07/24

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Laxmanti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

Fattepur

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Rhesu, Lekhn, Uttar Pradesh-261722

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



LAXMANTI

Mom- 024-07-0234

Briet Postot

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21000 family

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 लगावे)

Yes / No

हां / 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	Deva Ram	42	m	Son
2	Anish Ram	28	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis R/E Senile Cataract L/E Senile Cataract
2	Surgery L/E IOL with pmma lens comp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का बयान

- 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.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण तथा बात है तो मेरी सहायता मिलने की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल, पूर्ण या अंश, के किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नही मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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.
- 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 is thus final and acceptable to me.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित हों, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, दूर, याचना/चलचित्र द्वारा इत्यादि से दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या निरक्षर मेरी इच्छा के बिना या कर मे करके के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य व्यक्ति को अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन या अन्य माध्यमों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

महजारी

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:
- 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.
- 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 this matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगेगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु या अन्य स्रोत से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/नियंत्रण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद प्राप्त होगी/मांगेगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/मांगेगी।

- "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की होगी। हमारे हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या वित्तिय मदद अन्तर्गत/प्रक्रिया का सुचारु रूप से एवं हस्पताल की नीति का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में सभी के इलाज सुचारु और आरंभ होने की सभी जिम्मेदारियों को हमारे और "कोशिका" को कोई पूर्णतया या अंशिक रूप से सहायता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/01/24

Dr. MAZHAR N. KHAN
M.B.B.S, M.S, FICO
U.P.M.C. Reg No 78911
(Name of the Doctor/Physician)
डॉक्टर का नाम या चिकित्सक का नाम

Deepak Tripathi
Administrator

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Sahiwal
Mohammadi-Kheri
(Name of the Hospital/Institution)
हॉस्पिटल का नाम या संस्था का नाम

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar