

MO No - 24-07-0224

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : M/0724/0330
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 06/07/24
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : Ram Pyari
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS : 54
आयु वर्ष :

SEX : F
लिंग :

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ram Aoutar
पिता/कटुस्थ का नाम :



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : gram tendra, post phool behan, Phool Behan, Kheri,
Rheri, Uttar Pradesh - 262707

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Home Maker
व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000 (Family)
कुल वार्षिक आय :

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
आयकर पहचान संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता है (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.	Sushil	36	M	Son
2.	Ajay	25	M	Son
3.	Anu	30	M	Son
4.	Sanveer	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis Mr. Senile Cataract Mr. Senile Cataract
2	Surgery RE LENS 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 राशि
1	DBLS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 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 contribution/donation, 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं; और कोई विवरण एवं कथन आसत तथा ज्ञात है तो मैंने सहायता निवेदन की जा सकती है।
 2) मैं द्वारा जो सहायता चाहिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में कहा गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसे पूर्णतः का आशिक या कसम किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 at any time 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दायर साधक, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसकी न्यायोयोग्यता" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, नर्स, या अन्य/का द्वारा उद्देश्यों से दूरी-गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निवेदन मेरी इच्छा को पालने या करने में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायो योग्यता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, नर्स और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है। इस संबंध में

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommendation of 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.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर को जोड़ते हैं और हम घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रेषित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमें सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना उक्त रोगी/मरीज से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित है कि है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आशिक/कसम हेतु बनाना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरव उक्त रोगी/मरीज हेतु किया गया सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार द्वारा की गई सहायता या किने गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल ने रोगी के इच्छा सुरक्षा और उनके जान की सारी जिम्मेदारियों रोगी एवं हॉस्पिटल को लागू हैं। "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/07/24	Dr. MAZHAR N. KHAN MB.B.S.M.S.FICO U.P.M.C. Reg No 78911 (Name of Doctor) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर एवं छाप	Deepak Tripathi Administrator Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Sahadava Mohammadi-Kheri (Name of Hospital) हॉस्पिटल का नाम
FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2 	