

Mohm - C-24-07-0340

Koshika
foundation
Building block of life



NAME - RAMJANKI
MOBILE - 92117-1340
OTO HERE
Biodet
Kotof

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: M/0724/0334 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 08/07/24 आवेदन तिथि:	
NAME of APPLICANT: Ramjanki आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 64 आयु-वर्ष:	SEX: F लिंग:
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kadhile पिता/कटुम्भ का नाम:			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Gulahabur Chouke Shahpur Nigri Khari स्थायी आवास पता:			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as Above स्थायी आवास पता:			
OCCUPATION: Home maker व्यवसाय:		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 25000 (family) कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी 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 लगाये):			
Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Ned Pal	30	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
Jan -			
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) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसपत्रिका 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis: R/E Senile Cataract L/E Senile Cataract		
2	Surgery: L/E Sice With Pmma Lens Camp		
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी
1	TBTS		2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा धोखा बनता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो घोषणा कर रहा हूँ "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में ही किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में घोषणा किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से मुझे प्राप्त करने की कोशिश नहीं कर रहा हूँ, उस सहायता का अंशिक या पूर्णतः हिस्सा किसी अन्य सहायता/नियोक्ता/बीमा कंपनी को भी नहीं दिलाऊँगा और न ही भविष्य में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

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.

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. This 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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति देता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" फंडमू, न्यासी, चान, साक्षर/या दूसरे कर्मियों से जुड़ी गतिविधियों को प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे स्वास्थ्य को बढ़ावा देने या मेरे काम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" फंडमू, उसके आचार्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

 RTOTPT

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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.

हमने स्वीकृत, हस्ताक्षर की और ये घोषणा/स्वीकृति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त रोगी के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश आशंकित/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी यह हस्पताल द्वारा की गई प्रपत्र का फल तब उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होने एवं हस्पताल के चर्चा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसी प्रकार हस्पताल ने रोगी का हस्ताक्षर प्राप्त और अपने जाने की सभी विनियमों को ले एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का विनियम इस प्रपत्र में नहीं होगा।

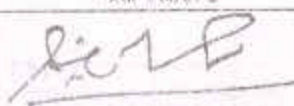
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 00/07/24	Dr. MAZHAR N. KHAN MBBS, M.S. FICO UPMC Reg No 78911 (Name of Dr. & Regd. in India) आवेदक के डॉ. के नाम और भारत में पंजीकृत	Deepak Tripathi Administrator Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Sahadava Mohammadi Kheri (Name of Authorised Signatory of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	---