

mom - C-24-07-0332

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			Koshika foundation Building block of life	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				
APPLICATION No.: M/0724/0330 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 08/07/24 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Vinendra Kumar आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53	SEX लिंग: m	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramchandra पिता/कटुम्प का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Kalyanpuri la Karali Post, Office - Rath Karali Pilibhit Bithoor - Uttar Pradesh 262202				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Same as Above				
OCCUPATION: Farmer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 20000 (Barmer) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्वास्थ्य 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 लगायें):				
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	Satya Prakash	29	m	Son
2	Om Prakash	31	m	Son
3	Vijay Prakash	25	m	Son
4	Serjat	22	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सरीखी रेखा 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे 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 R/E - Senile Cataract			
2	Surgery L/E Lics 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 है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी	
1	DBCS		2000/-	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाक्य नहीं होता है तो मेरी महापत्रा निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इससे अधिकतम तब "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता ले रहा हूँ, जिसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में भरा गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि अन्य सहायता के लिए प्रार्थना की नहीं है, उस शक्ति का अधिकार या प्रस्ताव किसी अन्य ऑर्गेनाइजेशन/व्यक्ति/कम्पनी से नहीं लिया है 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 & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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. 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं अन्य मंचों, पत्र, साप्ताहिक, दूसरे वर्ल्ड्स से जुड़े पत्रिकाओं और वक्ताव्यों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे प्राप्त; सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this applicant 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे 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 सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से, तब तक रोगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्ति अंतिम/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेवे का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस तथ्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय इकाई को है। रोगी या अस्पताल द्वारा की गई प्रत्येक या विविध चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए अस्पताल में रोगी या अस्पताल द्वारा और अपने जान को सही किमतीदार रोगी एवं अस्पताल को रोगी और "कोशिका" को, कार्य धूमिका या किमतीदार इस मामले में नहीं होगी।

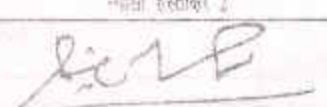
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 00/01/24	 DR. M.C. REG NO 78911 (Name of the Authorised Signatory) डॉ. म. सी. रेग नं. 78911 (आवेदक के लिए अधिकृत अधिकारी)	 Dr. Shroff's Charity Eye Hospital (Name of the Hospital) डॉ. श्रोफ़ की दयालु आँखों की अस्पताल
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

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