

mom - C-24-07-0433

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: M/0724/0339

APPLICATION DATE: 09/07/24

NAME of APPLICANT: Vitola

AGE-YEARS: 59 SEX: f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Hari Shyam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Idoliga, Jodanba, Khari Bepoti,
Uttar Pradesh, 202005

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as Above

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 26000 (family)

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

PAN No. सहायता हेतु संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	Abhishek	40	m	Son
2	Rukun Kesh	30	m	Son
3	Shalendra	31	m	Son
4	Mudit	25	m	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) दवायकता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विषय एवं विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	Diagnosis R/E Senile Cataract L/E Senile Cataract
2	Surgery L/E PRCSO With Pmma Lens (amp)

ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि
1	DBCI	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाने जाय तो मैं इसे वापस लिया करूँगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं इस मदद को पूर्णतः, अथवा आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वापस नहीं ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके "ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी मदद के लिए प्रचारित किया जा सके, जिसके माध्यम से दानों का संग्रह किया जा सके और/या मेरी मदद के लिए जानकारी फैलायी जा सके। इस प्रपत्र पर मेरी मदद के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" का उपयोग किया जा सके।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मेरी मदद के लिए प्रचारित किया जा सके, वह मेरी मदद के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किया जा सके।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this -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 some & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से सार्वजनिक रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं जो घोषणा और मैं ही घोषणा में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की है, तो हम "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, हस्ताक्षर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/07/24

Dr MAZHAR N. KHAN
MBBS, MS, FICO
(N.M.C. Reg No 78911)

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
Administrator

(Name, Designation of Authorised Signatory)
हस्ताक्षर के लिए, हस्ताक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]