

mon - (-24-07-085)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	M/072410350	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	12/03/29
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Ram Pyari	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	55
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी का नाम	Ganga Ram	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता	Samaspur, Sandilua, Sandilua, Kheri, Mohammadpur, Uttar Pradesh - 272727		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता	Same as Above		
OCCUPATION: बच्चाओं	Home mptkr	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक भवय	20000 (Family)	(Attach Proof of Income) (जाय का साली संलग्न)	
PAN No. स्पाइ नंबर संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जाय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. उमेर संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रधान वर्ष (प्रधान वर्ष को छाप छाँट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जाय वर्ष की प्रधान वर्ष (प्रधान वर्ष की छाप छाँट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान वर्ष की जाय वर्ष की संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साली
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. उमेर संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सर्वीस संलग्न		
①	Diagnosis	RTE	Senile cataract
		LTE	Senile cataract
②	Surgery	LTE	SICS High Refractive Lens Implant
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया था?			
Sr. No. उमेर संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लो गई महायता राशी	
③	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा संक्षण करा:

- 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 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 हूं कि इस प्रकाश में दिये गये मध्ये विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। कोई कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायता निवार की का करती है।
- (2) मेरे द्वारा को सहायता यह "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जारी है, जिसका उपयोग हमी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भरा गया है।
- (3) मैं चुनिंदा करता हूं कि दिया सहायता हेतु पाया जारी की गई है, उस उद्देश्य का अधिकार पर सहायता किसी अन्य प्राप्तिविधिका/वीचा कामनी से न तो लिया है और न ही अधिकार में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक 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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर का अंगठे की ताप सहायता, मैं (अवेदक) अपार्ट सहायता की पूर्ति करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जारी होने वाले" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जाता, पोर्टर और जो विवरण इस प्रकाश में दीखिया है, उसे "कोशिका" एवं नामांकी, दान, संघरणकार्य दूसरे उद्देश्य से लुटी गतिविधियाँ जीवं उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार या प्रभाव से प्रभावित नहीं करते के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्त या विवरण मेरी हस्ताक्षर के साथ से या जाता मेरे जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या जारी होने वाले अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, पोर्टर और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से दीखिया है युद्ध जन्म: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जारी होने वाले का लिया जाता है और वास्तविकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

सहायता के हस्ताक्षर का अंगठे का लिया

AGREEMENT by HOSPITAL: (सहायता द्वारा करा)

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.

इयारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यादादी/एंगठी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विफिरात की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न छाकार से मान्य ब स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो बर्ताव और कठोर खिल्प में विविध सहायता किसी भी जारी होने वाली संस्थाया या किसी अन्य स्वीकार से जाता रोगीयमर्ते में सौने या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मिलाइशियनिंग उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा विवरण जीवं नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य गैर सुलझारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता संभव का अधिकार गुणवत्ता रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यात्रा उक्त रोगी/यमर्ते हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य स्वास्थ्य में भी संतुष्ट होगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से हेतु गई सहायता केरल विविध प्रकृति की है। गैरे पर हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहायता या किसी गये उपचारउपक्रिया का वृक्षत दोहे एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्तेमाल ने दोहों के इसका मुख्य और माने जाने की साथी विष्येद्वयी होनी एवं हस्ताक्षर को होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेंद्रिय इस साथाले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए, अस्तुति

Date of Surgery अधिकृत की तारीख <i>12/07/2025</i>	Dr MAZHAR N. KHAN M. BHIMSINGH FIGO DGP MC Reg No 78911	Deepak Tripathi Administrator Dr. Shroff's-Charity Eye Hospital Sahadavaharised Signatory Mohammed Atheri नम्बर १ पर, हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्बोध दस्तावेज हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।
Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2
Lic RB