

MOM - C - 24 - 07 - 0730

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रक्खाल)

APPLICATION NO.

आवेदन संख्या :

M10724/0356

APPLICATION DATE

आवेदन मिति

13/07/24

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sahib

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कदम्ब का नाम

Jackie kha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पता

Gram Sarva, Lankisha, Lankisha
Lakhimpur, Khuri, Uttar Pradesh, 261506

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थायी पता

AGE-YEARS उमेर-वर्ष

39

SEX लिंग

m

OCCUPATION
व्यवसाय

FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कौन सा वार्षिक भवय

30000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्ट्रोड संख्या संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जाय कर रहे हैं (जो माल दो उमेर पर लड़ी का निशान लगाये)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Simay	12	m	son
②	muskan	17	m	son
③	mudit	15	m	son
④				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियोग आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
मरीजी रेस्को के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थान बदली गयी है)	अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थान बदली गयी है)	उपभोक्ता काह (प्रमाण पत्र की जाय प्रति सलान करो)	अन्य कोई माध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई परिवेदन सभी संलग्न
①	Diagnosis RIE Senile Cataract IE Senile Cataract
②	Surgery RIE SICS 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 निम्न में सहायता राशि
①	NBCS	5000/-

Koshika
foundation

Building block of life



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हाथ से लिखा चूहा:

- 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 बोधान करता हूँ कि इस प्राप्ति के लिये मैंने अपनी विवरण में जन्मसमय के अनुसार सत्य एवं सटी है। यह कार्य विवरण एवं लक्षण अनुसार याकूब जाता है तो मेरी गहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मेरे द्वारा जी सहायता का "कार्यक्रम काठड़वारन" से लिये जा रहे हैं, उसका उपयोग उन्होंने उपर्युक्त को चुने के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दर्श दिया है।
 - 3) मैं पूरी करता हूँ कि विसंगत सहायता के बाब्बे जांचिक का लक्षण दिसा लिये अन्य संस्कृतियोंका बास्तवी से व तो लिया है और न ही धृष्टिय में दिखा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक हाथ से लिखा)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रवय पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की छप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छपाई को चुनौत करता हूँ कि "कार्यक्रम काठड़वारन और उसके नामों" को अप्रिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जी विवरण इस प्रचल में दर्शित है, डॉ "कार्यक्रम" शब्द, नवमी, दान, वाराणसी दूसरे उद्देश्य से अन्य नामोंकी ओर उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार निष्पत्ति से ग्रस्ताति करने के लिए अधिकृत है। ऐसे हपत या विकल्प में हस्ताक्षर के प्राप्ताने का बाद में करने के लिए "कार्यक्रम काठड़वारन" का नामों अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि गहायता के लक्षणों से जारी हैं मुझे जल्दी जारी कर दिया जाए। इस सम्बन्ध में "कोटिलाल" एवं उनके नामियों का विवेद्य अंतिम और वाच्चाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर का अंगूठे का निशान

- LTuk PT

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर हाथ से लिखा)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को यहां से मामलेवारी को "कार्यक्रम काठड़वारन" से विविध जारी होते रिकार्डों वाली जाती है, जिसे दूप (इस्तमाल) निम्न प्रकार मैं गात्वा व ब्लॉकर करता है।

- 1) यह कि न तो बढ़ियां और काही भविष्य में विविध स्वास्थ्य किसी भी स्थानों संभवतः किसी अन्य घटना से लोगों द्वारा भी हो सकते हैं, जैसे जैसे नाम "कार्यक्रम काठड़वारन" में विविध/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कार्यक्रम काठड़वारन" द्वारा मात्र होता है। यह "कार्यक्रम काठड़वारन" द्वारा उपलब्ध विविध वार्तिक/सकारे होने मन्तव्य नामों किया जाता है तो अल्पताल किसी अन्य गैर स्थानों सम्बन्ध या किसी अन्य गैर स्थानों से स्थानतः जो को कापिकार, तुम्हारा रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्यताल हिंदूय गैरपत्र उक्त गैरों/मामले हेतु फिरी और स्थानों में स्थान या किसी गैर स्थान में जीव देनेवाले।
2. "कार्यक्रम काठड़वारन" में लिये गई सामाजिक कोषक विविध उक्तों को ही योगी गैर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सालाह या फिर यह उपचारप्रैकृत्य का दृश्य देगी एवं इस्तमाल को बीच का विषय है और "कार्यक्रम काठड़वारन" द्वारा किसी उपकार को बीच रखाय नहीं है। इसलिये इसमाल में योगी को इतना सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी देगी एवं इस्तमाल को देगी भी। "कार्यक्रम" को कोई बनियां या विधायिकी इस बाब्बे में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संवेदन**

Date of Surgery नामियां की तारीख <i>13/07/24</i>	Dr MAZHAR N. KHAN M.B.B.S M.S F.R.C.O (Name of Doctor & Qualification) उत्तराखण्ड काला दान व हस्ताक्षर अस्पताल U.T.M.C Reg No 78911	Deepak Tripathi Administrator Dr. Shroff's-Charity Eye (Name, Designation, Signature of Administrator) H.N.D.P.L. Sahadaya Mohammed-Kheri नाम व पद अधिकारी अवधारणा
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION उत्तराखण्ड उपर्युक्त हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इसाक्षर 1

[Signature]
2023/07/13

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इसाक्षर 2

[Signature]
2023/07/13