

MOM-C-24-07-0939

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांग)	 Building block of life	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	M10724/0362	APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 16/07/24		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Sushila Devi			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुत का नाम:	Pitab			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Saidpur, Saidpur, Haritalya, Thori, Uttar Pradesh - 262320				PINCODE पोस्ट ऑफिस कोड : 262320
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थान आवासीय पता: Same as Above				
OCCUPATION: व्यवसाय:	Home maker	MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (अजिवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	21000 (Family)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्षण संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो नाम्य हो उस पर सर्वी का निशान स्थापित)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार में सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Bal Ram	28	m	Son -
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) परीक्षी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ इसी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म आय कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ इसी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ इसी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाविला से आगे की गई परीक्षण सूची संलग्न			
①	Diagnosis	RTE - Severe Cataract HC - Severe Cataract		
②	Surgery RTE SICS With Pmma Lens Comp.			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायगत किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई महायगत राशी		
③	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए

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 पोस्टा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के समुदाय सत्य एवं माहो हैं। यहाँ कोई विधरण एवं कथन असत्य कामा जाता है तो मेरी महाकल नियम की वाली है।
 2.) मेरे द्वारा ये सहायता ताकि "कोशिका एडवन्स", ये तो यह रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में चाहा गया है।
 3.) मैं सच्च जाता हूँ कि यह सहायता तीन वर्ष तकीय की रहती है। उस तीनि का अधिकांश समय हितको जन्म संतुष्टियोजनाओं का समय से ज्यादा तो नहीं है और न ही भविष्य में नीवें।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहेज)

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 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.

- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या झंगठे की मालव साधारणा, ये (आवेदक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता है एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, जात, फोटो और जीवरण इस प्रपत्र में प्राप्तिष्ठित है, तभी "कांशिका" एवं न्यासी, जात, जीवरण/ये दूसरे उद्देश्य से युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार यात्राम से प्रशारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण में इलाज को बताने वाले ने कल्प के लिए "कांशिका फाउंडेशन" य न्यासी अधिकृत है।
- ये (आवेदक) इस चात से सहमत है कि मेरा नाम, जात, फोटो और जीवरण जि कि भाग्यता के उद्देश्यों से प्राप्तिष्ठित है सुनिश्चित: सहायता कर हक्काएँ नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कांशिका" एवं उसके न्यासीयों का नियंत्रण अविभूत और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ज्ञानेश्वर के एसलेख जो अंगठे का लिखा

AGREEMENT by HOSPITAL (संकल द्वारा करत)

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.

इनमें अधिकतर, डमस्की को ओंगे ये यादवनेत्रेशी को "कोशिष्ठ पदान्वेशन" से लिखिय रखा गया है जिसका उल्लंघन करने वाली है। इन्हें हम (डमस्की) विष प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो वर्दीन और न हो अधिकार में वित्तीय सहायता किसी गैर संस्कारी सम्बद्ध या वित्तीय अन्य संघर्ष से उभय दोनों दलों पर हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फारडन्हैशन" से सिलवरिटी वित्तीय उबल के सम्बन्ध में "कोशिका फारडन्हैशन" द्वारा घटर हैं तु कि है। यदि "कोशिका फारडन्हैशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकार संकाल हो या सम्भव नहीं किया जाता है तो अधिकार संकाल किसी अन्य गैर संस्कारी संस्था या वित्तीय सम्बन्ध से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। उस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अधिकार संकाल द्वितीय घटर उबल दोनों दलों पर हो रहा है।

2. "कोलंबिका काठन्डूरेश" से सीधे गई भाषणता कंवल विविध प्रकृति की है। योगी पर इसमाल द्वारा यही गई सतत या किसी नये उपचार/प्रक्रिया का पुराव ऐसी एवं इम्प्रेसन के बीच का विषय है और "कोलंबिका फाटन्डूरेश" द्वारा किसी प्रश्नात या कोई उपयोग नहीं है। इसलिये इम्प्रेसन में सीधी को इत्याज सुरक्षा और अनेक बातें को सारी विम्पेशी योगी एवं इम्प्रेसन की होती और "कोलंबिका" को कर्त्ता भूमिका या विम्पेशी इस पायसे रख नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए समर्पित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
16/07/2012

**Dr MAZHAR N KHAAN
M.B.B.S M.S D.E.M.O
U.P.M.C Regd No 78911
Dentist का नाम डॉ माझर न खान**

**Deenakshi
Administrator
Shroff's-Charity Eye
Hospital, Deenakshi & Shroff's Authorised Signatory
Mohammed Ali Khan**
नम व पद हस्ताना अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION | कानूनीक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्तावर 2

Explanat

Si VB