

MOM - C-24-07-0943

| | | | |
|---|--|---|---|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | Koshika foundation Building block of life |
| APPLICATION NO. आवेदन संख्या : | M/0724/0363 | APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 16/07/24 | |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम | Manohar | AGE-YEARS वय-वर्ष : 74 | SEX लिंग : M |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कानूनी जीवन का नाम | Ram Charan | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासाना अवस्थिति का Manjharji, Kanjinda, Bhaddar, Bhaddar, Bhadar, Maharashtra, 411135 | | PHOTO : फोटो Photo : 26/07/24 | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासाय पाल Same as Above | | Postbox | |
| OCCUPATION : ज्यवास्थ | Labour | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मासिक भेलाग) | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक अप | 35000/- | | |
| PAN No. प्राईटी चार्ट नंबर | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता हैं (जो मात्र ही उस पर सही का विश्वास लगाये।) | | Yes / No हाँ / नहीं | |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग |
| ① | Vined Kumar | 38 | m |
| ② | Pramod Kumar | 31 | m |
| Relation with Applicant आवेदक के मासिक सम्बन्ध | | | |
| Son | | | |
| Son | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये दिनांक आधार | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप जीत संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप जीत संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप जीत संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
| PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये जाने विचारी का उद्देश्य: | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची भेलाग | | |
| ① | Diagnosis RIE Benile Cataract Benile Cataract | | |
| ② | Surgery RIE STCS With Anna Leb Camp | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED नो गई महायता राशी | |
| ① | DBCS | 2000/- | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पाठः

- 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 फॉर्म पर दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच्च पहले सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य या भगवान् है तो मेरे सहायता निवास की जा सकती है।
- 2) मेरा द्वारा जो सहायता या "कोशिका कारबैंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरे खाल में था।
- 3) मैं चुनिंदा करता हूं कि विषय सहायता है, वह व्यावहारिक नहीं है, उस तरीके का अधिकार या व्यापार हितमा विहीन अवधारणा/व्यापार कामगारी से नहीं लिया जाना चाहिए व ही व्यावरण में ही है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

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 प्रकार पर अपने इस्तमाल का अंदर की ताप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छड़पत्रिका पुराणे काले हूं एवं "कोशिका कारबैंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जाता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में प्रोत्तिष्ठित है, उसे "कोशिका" एवं पूर्ण नाम, जाता, यात्रा/व्यापार दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्यापार से प्रत्यागति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरी इस्तमाल के प्रयत्नों या बातों के कारण के लिए "कोशिका कारबैंडेशन" द्वारा जारी किया जाता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, जाता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तिष्ठित है जुड़ी स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं पूर्ण नामियों का नियन्त्रण अधिकृत और व्यावहारिक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की इस्तमाल का अनुदेश का निवारण

L.T.A.P.T.

AGREEMENT by HOSPITAL (आस्पत्तक द्वारा कराया)

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.

इनपार्ट अधिकृत, इस्तमाल की ओर से सहायता/जीवन को "कोशिका कारबैंडेशन" से विविध सहायता देने विकारिश की जाती है, जिसे हम (आस्पत्तक) विन्न प्रबाल से मन्यव व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि वह यह योग्यता और जाहीर अधिकृत में विविध सहायता किसी गैर सहायता सहायता से विभिन्न अवयव संस्थान से उत्पन्न हो सकते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कारबैंडेशन" से विकारिश दिया है। उपर्युक्त कारबैंडेशन द्वारा सहायता विभिन्न अशिक्षित सहायता देने में जुड़ा नहीं किया जाता है तो अस्पत्तक किसी अन्य गैर सहायता संस्था या विभिन्न अवयव संस्थान से सहायता लेने का अधिकार अधिकृत रखता है। इस तृतीय में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पत्तक द्वितीय मरण उपर्युक्त उपर्युक्त उपर्युक्त होने के लिये गैर सहायता संस्था की होगी और "कोशिका" नहीं कोई भूमिका या विन्नवारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सहायता के लिए संमति

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery अंतिम शोरु की तिथि <i>16/01/18</i> | Dr MAZHAR N. KHAN M.B.B.S M.R.C.O.G. U P M.C Reg No. 78911 (Signature का उपर्युक्त संकेत) | Deeptek Tripathi Administrator Dr. Shroff's Charity Eye Hospital Sahadaya Mohammed Ali Khan Authorised Signatory (Signature का उपर्युक्त संकेत) |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राजि उपयोग के लिये

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 <i>Safayal</i> | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 <i>Rekha</i> |
|--|--|