

mom - C-24-07-0033

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : M/0724/0371 APPLICATION DATE : 20/07/24

NAME of APPLICANT : Ram Devi AGE-YEARS : 59 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Sita Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Vill. Katip Jaffar, Post, Udaipur, Shahjahanpur,
Shahjahanpur, Uttar Pradesh, 24-2004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as Above



NAME : RAM DEVI
AGE : 59
SEX : F

NAME : RAM DEVI
AGE : 59
SEX : F

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 20,000 (Family)

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

PAN No. : [Blank]

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

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Rakesh	35	m	Son
2	Rakesh	31	m	Son
3	Ram Veer	26	m	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किए जाने विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा रिपोर्ट/प्रास्क्रिप्शन संलग्न
1	Diagnosis	R/E Senile Cataract L/E Senile Cataract
2	Surgery	R/E IICS With Intra Lens Comp

ASSISTANCE BEING AVAILED IS SAME (Tick whichever is applicable)
इस सहायता के लिये प्राप्त होने वाले सहायता का स्तर (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी
1	BIS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 scales/employers/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्कोल/निर्धोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

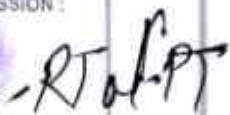
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रेषित हों, जहाँ "कोशिका" एक्यू मासरी, एन. गंधर्वपुरा, पुणे-411004 में बड़ी पत्रिकाएँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचारण से सम्बन्धित करने के लिए उपयोग करे। मेरी प्रपत्र का निराकरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के त्रस्टीयों अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" को प्रेषित हैं, उनका प्रयोग वह अपनी इच्छा से करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्यू मासरी त्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/ward 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 provided 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 seek 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.

हमारे अधिकृत, हमसहरी की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु प्रार्थना की जा रही है। हमें ज्ञात है कि हमें या किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता प्राप्त है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें या किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उठाएगी/पूरेगा हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का उपचारण द्वारा या अन्य स्रोत से किया गया उपचार/प्रक्रिया या प्रकृति सभी एवं सम्पूर्ण मेरे बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तिय सहायता को नहीं देकर रोगी को किसी अन्य स्रोत से वित्तिय मदद की जाती है। अस्पताल वित्तिय मदद उठाएगी/पूरेगा हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिये अनुमोदित

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

20/02/24

Dr MAZHAR N. KHAN

M.B.B.S. (M.S. FICO)

U.P.M.C. Reg No 75911

U.P.M.C. Reg No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व पता/पता व तारीख

Deepak Tripathi

Administrator

Dr. Shroff's Charity Eye

Hospital Sahadaya

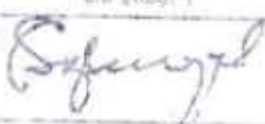
Mohammadi-Kheri

अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

