

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वस्थय देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of 4th



APPLICATION NO. : आवेदन संख्या :	A/1091/04/00	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	18/10/2021
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Bismill	AGE-YEARS वय-वर्ष:	79
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	Rasuda	SEX लिंग:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वासस्थल पता Village - Tehsil - Taluk - District - Almora, Raja + han - 301407			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी वासस्थल पता as above			

Perop Postop
0400 Bismill

OCCUPATION: पेशावाला	Home maker	MARRIED (मिहर) / UNMARRIED (अमिहर) (Attach Proof of Income) (अपने का साध्य भ्रत्तन)
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	65.00/- (Family)	NA
PAN No. स्थायी खाते संख्या	NA	

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
मैं अपने आय कर रहा हूँ (जो मन्य हो उस पर सही का विवर लगायें)

Yes No
हाँ नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(i)	Rasuda	82	M	Husband
(ii)	Almat	78	M	Soh

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
गरीबी रेत के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा प्रति संतुष्ट होता है)	अर्थ आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा प्रति संतुष्ट होता है)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जापा प्रति संतुष्ट होता है)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्यालय से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न		
(i)	Diagnosis - RE - SENILE CAT. LE - P.P.		
(ii)	Surgery - RE - SIC S + TOL		

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED सो गई सहायता राशी
(i)	NTU	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हाथ स्वीकृत पत्रः

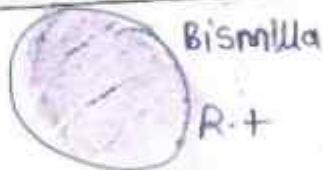
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 पूरा करता हूं कि इस प्राप्ति में रिये गये सभी विवरण नेहीं जारीकरी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं काम अपार यथा जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जैसी सही है।
- 2) मैं द्वाया जौ सहायता द्वाया "कोटीशक काउन्सेलर", जैसी जूही उद्देश्य की पूर्णी के लिये विवाह व्यवेष्या, जैसा इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि यह सहायता ही वह प्राप्ति की रूपी है, जैसा द्वाया का अधिक या सकल विवरण किसी वन्य कोटीशक/व्यवाह क्षमती से न को विषय है और न ही विवरण में है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक हाथ कर)

- 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने सहायता या अपने को ज्ञान सहायता की पूर्णी करता हूं कि "कोटीशक काउन्सेलर और उसके नामीयों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, चाहे जौ जो विवरण इस प्राप्ति में दीखता है, उसे "कोटीशक" एवं नामीय, जैसा, जारीकरी के अनुसार यही विवरण से दुही गोपनीयता और उत्तराधिकारी के लिये किसी भी प्राप्ति या व्यवाह से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। ऐसे प्राप्ति का विवरण में इतना के बासे ना याद में करने के लिये "कोटीशक काउन्सेलर" व नामीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमता हूं कि मेरी नाम, पता, चाहे जौ विवरण जैसे कि सहायता के उद्देश्य से दीखता है युक्त स्वयं सहायता का इकठ्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोटीशक" व्याप्ति उसके नामीयों का नियम अधिकृत भूमिका नहीं होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के सहायता या अधिकृत का निरापद



Bismilla
R+

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल हाथ कर)

- 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, than 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.

- इन्हों अधिकृत, हास्पातल की ओर से आवाहनकरी को "कोटीशक काउन्सेलर" से विवरण सहमता ही दी गयी है, जिसे हम (हास्पातल) निम्न प्रकार से मान्य ब स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि न हो अतीत और न ही भवित्व में विवरण सहायता किसी भौतिक संस्थान या किसी दूसरे स्रोत से उठक ऐसीवाले में देखे जा से दें हैं। जैसे कि हमने "कोटीशक काउन्सेलर" पर विवरणित/विविहि उक्त के संबंध में "कोटीशक काउन्सेलर" द्वाया याद देते हैं। यदि "कोटीशक काउन्सेलर" द्वाया सहायता किसी वार्तालालक्षण ही नहीं नहीं किया जाता है तो जास्तीले किसी अन्य भौतिक संस्थान से सहायता देने का अधिकार सुनीचा सहत है। यह पूर्ण में स्वयं जहाँ जहाँ है कि अस्पताल द्वितीय घटक उक्त ऐसीवाले में देखे जाते हैं।
 - 2) "कोटीशक काउन्सेलर" से लो पूर्ण सहायता के लिये प्रकृति की है। यही पर हास्पातल हाथ दी गई सहायता या लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुप्याय एवं एवं हास्पातल के बीच का विवर है और "कोटीशक काउन्सेलर" द्वाया किसी प्रकार या कोई विवाह जूही है। हास्पातल में होनी वै इतना सुनिया और बाने जाने की सही विधेयता एवं एवं हास्पातल को होगी और "कोटीशक" की कोई भूमिका या विवरण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संक्षेप

CHARAN MASSEY

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroffs Eye Bank of Hospital
नम व पद हास्पातल अधिकृत विवरण)

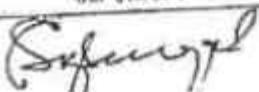
Date of Surgery
अंतिम को तारीख
19/11/2021

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. in English)
Reg. No. EYB-10682
(रजिस्ट्रेशन का नाम व हस्पातल व नंबर)

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामीय हस्पातल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामीय हस्पातल 2

