

MOM-C-23-08-0162

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION NO. आवेदन संख्या :	M/0023/0430	APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 02/08/2023		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Ram veta	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 58	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्त्री का नाम:	Ram Bahadur			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS स्थान जावासीब पता: Bharatpur 109 - Rowayen, Bharatpur, Shajahanpur, Uttar Pradesh - 242401		Post-OP Post of		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान जावासीब पता		Same as above		
OCCUPATION : जबक्षण	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	₹2000/- (family)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष चिन्हन)		
PAN No. स्थाई छाता संख्या		FAMILY DETAILS परिवार विवरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ram Bahadur	60	m	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आपाएँ				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग इवान पत्र (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लापा प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गए चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract			
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 लोगौ सहायता राशि	
1	DBRS		2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा संक्षिप्त प्रका:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण मेरी ज्ञानकीर्ति के अनुसार सच्च तथा जाती हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कहन अवश्य याच जाता है तो मेरी महायज्ञ निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा जो महायज्ञ यहि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जा जाती है, उसका उपयोग डॉक्टरी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा गया है।
- 6) मैं पृष्ठ करता हूँ कि जिस महायज्ञ हानि या खर्चों को गढ़ता है, उस तरीके का भारीका या मात्रातः विषयी अन्य द्वारा/नियोजित/दीया ब्राह्मणी मेरे गे तो जितना है वही जा ही भारीका मेरूँगा।

**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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे और उपलक्ष्यकार, मैं (आवेदक) अपनी महायज्ञ को पूर्ण करता हूँ यदि "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्याख्यों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कांठी और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शाया है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दाता, याचकार्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उदालिक्षणों के लिये किसी भी प्रसार यात्राय में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरी इच्छाका के पहले या बाद में करते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का जारी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात में समर्पित हूँ कि मेरा नाम, पता, कांठी और विवरण जो कि महायज्ञ के उदालिक्षणों से प्राप्तित हैं यहाँ न्यूनतः महायज्ञ का इच्छाका नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का विशेष अंतिम भी बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक द्वारा हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को आर से यापले/लोगो को "कोशिका फाउंडेशन" से विविय महायज्ञ हानि सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार ने मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही वर्तिय में विविय महायज्ञ किसी गैर मरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीकृत से उक्त रोगी/स्वामीने में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकासात्मकी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा गदर हानि की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महायज्ञ विविय अधिकृत/मरकार हानि प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर मरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन में महायज्ञ लेने का अधिकार युक्तिपूर्वक रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट करता जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रकार उक्त रोगी/स्वामी हानि किसी गैर मरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन में नहीं संलग्न/लोगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से नई गई महायज्ञ को विविय प्रदूषित करते हैं: योगी पर अस्पताल द्वारा नई गई महायज्ञ या किसे गई उपचार/प्रक्रिया का "कुनाव" लेनी एवं हम्मतान के बीच का विविय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिय हम्मतान में योगी के इच्छा सुनाएं और आपने जाने की जारी किम्बद्दी होती है एवं हम्मतान की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या किम्बद्दी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृतों के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंपरेशन की तारीख 02/08/2023	Dr. MAZHAR N. KHAN M.B.B.S M.S (O) UPMC Reg No 78911 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)	Amitrag Mishra Manager-Administration Eyesight Charitable Eye Hospital & Eye Bank Hosur, Tamil Nadu, India (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of EYESIGHT CHARITABLE HOSPITAL & EYE BANK)
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2