

SRF-C-21-10-0234

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life																																																			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	C/1021/0443	APPLICATION DATE : 8/10/2021 आवेदन तिथि																																																				
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम			AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग																																																		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूपी का नाम	<i>Sher Singh</i>		71	M																																																		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासाना भवान वर्णन <i>Nigal, Nigal, Nigal, Phamli, Uttarakhand</i>																																																						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय परा <i>As Above</i>																																																						
OCCUPATION : जैवमय	<i>Laborer</i>		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)																																																			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	<i>50,000/-</i>		<small>(Attach Proof of income) (आय का प्रमाण संलग्न)</small>																																																			
PAN No. स्थाई संख्या	<i>UA</i>		M/N																																																			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान संगापे)																																																						
<small>Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></small>																																																						
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																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="5" style="height: 10px;"></td></tr> </table>																																																						
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विभिन्न अधार																																																						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्व अव गर्भ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साप्त																																																			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न																																																						
Sr. No. क्रम संख्या	<i>Diagnosis : RE- Juvenile Osteoarthritis</i> <i>IE- Juvenile Osteoarthritis</i> <i>Surgery : IE STCS + TOL</i>																																																					
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?																																																						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED सी गई सहायता राशि																																																				
<i>SCEH</i>																																																						

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा पर्याप्त:

- 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 संक्षेप करता हूं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण में उल्लंघन के अनुग्रह सम्म नहीं है। यदि कोई विवरण ऐसे कथन असत्य या जात है तो मेरी सहायता निःसं भी या सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से तो आ रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाता है, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं चुनौती करता हूं कि यह सहायता देने वाले प्रबन्धन को यह है, उस दृष्टि का अधिक या मात्रातः हिस्सा किसी अन्य प्रौद्योगिकीकरणीय कानूनी से न तो लिया है और न ही परिवर्तन में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर का अंगते की तरफ लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की चुनौती करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीनों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दर्शित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, यानवाणी दूसरे उद्देश्य से दूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इसारा नाभ्यम से प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इसारा के पहले या बदले में करते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्तिका है मुझे स्वतः सहायता का एकदारा नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा ज्ञातीय अविवाद और बाब्बकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

मानेदार मृदुतात्त्व का लिया गया है।

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की अंगते से यामने/गोंगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता देने विधिवत् की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से बतावा स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कठिनाई और न ही परिवर्तन में विविध सहायता किसी गैर सहायता संस्थान के किसी अन्य संस्थान से उक्त दोनोंसम्बन्ध में लेने या ले गए है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद देने की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाश अधिकारी/सहायता देने वाली किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता देने वाली अधिकारी सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त दोनोंसम्बन्ध में देने की किसी गैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं होती होती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने गए सहायता बंदूक विविध इकूली की है। गोंगी पर हस्पताल द्वारा यी गई महत्व का किये गये उच्चार/प्रक्रिया का चुनाव गोंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेने के इच्छाव सुनिश्चित और उन्हें बनाने को लाते विम्बेहारी गोंगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" भी कोई पूर्यका या विम्बेहारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

VIVEK RANA

Administrator

Dr Shroff's Charity Eye Hospital

(MANAN)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकारी

Date of Surgery
अधिकारी की तारीख
8/10/2021

Dr. PRAVEEN SEN SHAH
D.M.C - 87415

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्पताल नं. रोड नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

व्यापारिक उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2