

SRE-C-21-10-0375

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: C/1021/0481 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 19/10/2021 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Dulichand आवेदक का नाम		AGE-YEARS माय-वर्ष: 81	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Phakia पिता/कटुम्ब का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता				
House No 58, Khedi mustahkam, post office, Raipur, Sakarapur, Uttar Pradesh. 217121				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासस्थान पता				
OCCUPATION: Unemployed व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): Preop Postop 0481 Dulichand		
TOTAL ANNUAL INCOME: 55,600/- (Family) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) NN (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. सॉफ्ट खाता संख्या: NN				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes ☐ No ☒		
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 सम्बंध
1.	Surji	78	F	Wife
2.	Sathy Kumar	45	M	Son
3.	Ahuam	50	M	Son
4.	Salilla	48	F	Daughter in law
5.	Ahuam	42	F	Daughter in law
6.	Choti	18	F	Grand Daughter
7.	Upur	15	M	Grand Son
8.	Shakshi	12	F	Grand Daughter
9.	Jaipal	11	F	Grand Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
	Diagnosis: RE - Pseudophakia LE - Senile Cataract			
	Surgery: LE - STCS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED रही गई सहायता राशि		
	SCCH			

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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहसता निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहसता एति "कॉलेजल फ़ाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्णित के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महासभा होगा, वह प्रार्थना की गई है, उस एति का आर्थिक या सकल निम्न किसी अन्य झोटा/निर्धोष/बोया कम्पनी से न ली जा रही है और न ही भविष्य में ली जा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेसिंग और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एनएम न्यासी, राज, कचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे ज्ञान के पहलू या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटेसिंग" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाधनकारी होगा।

स्वायंदेव के हस्ताक्षर पर अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकार, हमलक्ष्य की ओर से घायले/मृते को "कारिषाया पातन्धेरा" से निरर्थक महापुरुष हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हल्पकार) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही व्यक्ति में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/ममले में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपणन/वित्तिय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिक/सफल हेतु मन्तु नहीं किच जात है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में उपय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय वरद उक्त रोगी/ममले हेतु किसी नैर सरकारी संस्थ या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव लेने एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसलिए इस्पताल में रोगी के इलाज मुफ्त और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

VIVEK RANA

Administrator

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
(MANANI)

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/10/2021

MOHD. RAMEEZ REZA

M.B.B.S., M.S. OPHTHALMOLOGY (AMU)

(FIGURE 10) (Fig. with Stamp)

Rising No DMG

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षार 2