

SR8-C-21-10-0626

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

C/1021/0485

APPLICATION DATE: 19/10/2021  
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Nathu Ram

AGE-YEARS उमेर-वर्ष  
57SEX लिंग  
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/ज़दूय का नाम

Kali Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान जाता

Mohalla Enjal Batti, Rankhowali, Sabarangpur  
Uttar Pradesh 247554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासस्थान जाता

As Above



Preop Postop  
0485 Nathu Ram

OCCUPATION:  
जैविक संचालन

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

55,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्षण संलग्न)

PAN No. स्टेट खाता संख्या

NA

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Munni	55	F	Wife
2.	Gaurav	26	M	Son
3.	Dhananjay	26	F	Daughter-in-Law
4.	Thetus Prabhu	04	M	Grand Son
5.	Devanshu	02	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनाशी आवश्यकBPL Card  
(Attach Card Copy)  
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
अल्प आय रेखा के प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)Ration Card  
(Attach Copy)  
उपभोक्ता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)Any Other Basis/Proof  
अन्य कोई साक्षण"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु लिये गए विनाशी का उद्देश्य:Sr. No.  
क्रम. संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न

Diagnosis : RE- Pseudophakic  
IE - Penile Abnormal

Surgery : IE - Phaco + 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. संख्याNAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  
ली गई सहायता राशि

SCBH

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा घोषणा पत्रः

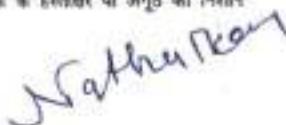
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गये क्षमी विवरण से जानकारी के अनुसार मत्त्व एवं यही है। परि कोई विवरण एवं काब्य असाध पाया जाता है तो मैंने उसापास निलंग की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दी गयी "कोशिका फाउंडेशन", से लें जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की उचिती के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भरा गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विवरण सहायता देने वाले प्रार्थक की गई है, उस दृष्टि का अधिक यह सकल हिस्से किसी अन्य स्थेशनियोंवाले व्यक्ति कानूनी में न रहे जाया है और न ही भविष्य में दौड़ा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अप्पेलेंट 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.
- 1) इस प्रावधार पर अपने हस्ताक्षर या अंगृही की लाग लगाकर, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहायता की पूर्णता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मैंने काम, चाहा, फौटो और जो विवरण इस प्रावधार में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, नाम, मानकार्य द्वारा उद्देश्य से उचिती निर्णियतियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नामांगन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रावधार का विवरण मेरे इसाबाद के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से महसूस हूं कि योग नाम, ज्ञा, फौटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित हैं युक्त रूप से सहायता का हकार नहीं बनता। इस नामांगन में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्देश अंतिम और बास्तविकी होगा।

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

अप्पेलेंट के हस्ताक्षर या अंगृही का निशान



**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 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.

इसपर अधिकृत, हस्पताली की ओर से मामले/ऐरी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिकारिता की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न इकाई से बनाय रखते हैं।

- 1) यह कि न ही अन्यांश और वही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थैति में उत्तर गोंयोजनाएं में संलग्न या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिकारिता/विविध इकाई को अन्यांश में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। परि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत/सकाल हेतु बन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल विविध अन्य और साकारी संस्थान या किसी अन्य सन्दर्भान्तर से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में एक बात बहुत बहुत बहुत हेतु किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य साधारण से ज्ञाती लीगुलेंगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" में यही वही विविध सहायता के लिये प्रकृति की है। ऐसी प्रकृति हम हस्पताल द्वारा यही गई सहायता या विविध अन्यांश/प्रक्रिया का भुवन ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का अधिक रकम नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेंदी के इसाबाद सुनिश्चित और जाने जाने की सारी विविधता गोंयी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवेदारी इस प्रकाश में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE**  
स्वीकृती के लिए बंसेतुलि**VIVEK RANA**

Administrator

Dr Shroff's Charity Eye Hospital

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अंपरेशन की तारीख  
**19/10/2021**

**Dr. PRAVEEN SEN SHAHI**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
DMC - 97415  
इकाई का नाम व हस्पताल व रीडर, न.

**VIVEK RANA**  
Administrator  
Dr Shroff's Charity Eye Hospital  
(Name, Designation & Management of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्पताल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पताल 2

