

Mem - C-23-08 - 1295

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION NO.
आवेदन संख्या :

M1082310497

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

11/08/2023

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Dore Lal
Jindal

AGE-YEARS आयु वर्ष

54

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/काकुली का नाम

bangadiga - Bahug , Baibha Kheri

Uttar Pradesh 262001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : मासूद भावासाय पता

Same as above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

22000/-

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

PAN No. स्थार्ट जाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो भाव्य ही उस पर महीने निश्चय लगायें)

Yes / No
हाँ / नहीं

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	Danjay	23	m	Son
2	Prem Lata	22	f	Daughter in law
3	Khushbu	11	f	Grand Daughter
4	Priyanka	8	f	Grand Daughter
5	Chawla	2	f	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलग्न करें।)	अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलग्न करें।)	अन्य कोई साक्ष्य

-PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विकारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1	Diagnosis RE - CE -	Senile cataract Senile cataract
2	ostomy LE -	SICS with pump ley cuff

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के द्वारा कोई अन्य सहायता विकारी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो. गई सहायता राशी
1	OBGS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मान्यता प्रदान:

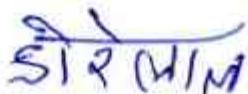
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any available for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोरणा करता हूँ कि इस प्रकाश के लिए गये गयी विवरण मेरी जाहाजी के अनुच्छेद सम्म गये थे। यदि कोई विवरण ऐसे कालम अलाप्त या काल हो तो मेरी महापत्र निरस्त की जाएगी।
- 2) मेरा द्वारा ये महापत्र गया "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसके उपर्योग-उसी उद्देश्य की तुली के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकाश में घटा गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि बिना महापत्र इन् यह पार्श्व को गया है, उस गयी का अधिक या सकान विस्तर किसी अन्य स्रोत/विवेचक/बीमा कानूनी से न हो लिया है और न ही भावना में है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करा)

- 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 व्रत पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे के जाप स्वाक्षर, मेरी (आवेदक) अपनी महापत्र को पुरी करता हूँ जबकि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि ये काम, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, याचन/या दूसरे उद्देश्य में जुटी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। ये व्रत का विवरण मेरे इच्छाके पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
- 2) मेरी (आवेदक) इस बात से महापत्र हूँ कि ये नाम, जन्म, जाति और विवरण जो कि महापत्र के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं युक्त मान, महापत्र का हाकार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विषय अधिक और वापरकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निराम

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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:

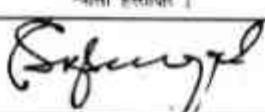
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 जो से मानसंगती को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महापत्र हेतु विकल्पित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न बदला में मानव या म्होकार करते हैं:
- 1) यह कि न हो वर्तीय और न हो भवित्व में वित्तीय महापत्र किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त गोपीयामाने में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में सिफारिश/विकल्पित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापत्र विनिति अधिकार/सकल हेतु सज्ज नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य समाजान से महापत्र लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इन पूर्ण में स्वाक्षर करता है कि अस्पताल द्वितीय यदर उक्त गोपीयामाने हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य समाजान से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं गई महापत्र अंकल वित्तीय प्रकृति की है। गोपीया पा हस्ताक्षर द्वारा दी गई महापत्र या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव गोपीया द्वारा अस्पताल की ओर का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में योगी के इच्छा मूला और अपने जाने को सारी विष्मेटारी लेने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की ओर भूमिका या किसीसाथ इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए संमतुति


Anuradha Mishra
 Manager-Administration
Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
 Hospital Secretary
Mohammed Ali
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 on behalf of Hospital)

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/08/2023	Dr. MAZHAR NUR KHAN M.B.B.S M.S F.R.C.S U.P.M.C Reg No. 7851 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	आवेदक उपर्योग हेतु
--	--	--	--------------------

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2