

from - c-13 al - 1285

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या :	MJ0923)0499	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	11/08/2023
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Goraji Prasad	AGE-YEARS आयु-वर्ष	59
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूपी का नाम	Ram Vilas	SEX लिंग	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थल पता Nanpara, Gorjya, Kurni, Uttar Pradesh 261501		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासस्थल पता Same as above	
OCCUPATION: जब्बत	Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	20000		
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अय कर दाता हो (जो मात्र हो उस पर सही का निश्चान लगाये)			
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
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत भरत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्य अय लाई प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत भरत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत भरत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई शुल्केन सुची संलग्न		
1	Diagnosis	65 - Severe Infarct	65 - Severe Infarct
2	Progress	Ex-SR with history of infarct	
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 ली गई सहायता राशि	
1	DHS	2000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन कराने वाला यह-

- 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 liable for rejection/cancellation.
  - 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.
  - 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 सोशल कार्यक्रम के लिए गए थभी विवरण ये हैं कि अनुसार सबसे पहले मत्ता है। यदि कोई विवरण इस कार्यक्रम का लाभ हो तो मैं उसका विवरण करने का भला हूँ।

2) मेरे द्वारा जो महानकालीन "कानूनिक उपचार-उन्नयन" में जीव जीते हैं, उसका उपचार उम्मीद उद्देश्य के अनुरूप होता है। यदि किसी विवरण को बदला जायेगा, तो उस प्राकृति में भग्न गहर है।

3) मैं पूर्ण करता हूँ कि यह सहायता हानि वश वाली हो जाएगी। उस विवरण का अधिकारी का वालालू विवरण अन्य स्थानीय जन-समाजीय विवरण से न हो सकता है और न ही भविष्यत में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (申請人申明)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 23 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.

- इस प्रपत यह अपने हमलाकार या लंगठे को साप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की चुट्टी करता हूँ तब "कोशिका पाठदर्शन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मंग जाप, फल, फोटो और जो विवरण इस प्रपत में खोपित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, राज, बाचन/वा दूसरे उद्दरेश्य में नुहो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमाण सम्बन्ध में प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत या विवरण में इत्याकौ या याद में रखने के लिए "कोशिका पाठदर्शन" या न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस जात में सम्मत हूँ कि मंग जाप जल, फलों और विवरण जो कि मंगायत के उद्दरण्य में प्रतिष्ठित हैं मुझे सब, याताना का हक्कादार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का नियम अविभूत और जापकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इच्छाओं का अनुसार नियम

CT

AGREEMENT by HOSPITAL (\_\_\_\_\_ 印章)

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.

जाति अधिकार विधायी को भी ने घोषणा की कि "विभिन्न समाजों" में विभिन्न विवरण का विवरण हो जाएगा। इसके बाद विवरण का विवरण हो जाएगा।

- 1) यह कि न हो वर्तमान और न हो भविष्य में वित्तीय ज्ञायता किसी गैर सकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उत्तर देशी/प्राचीन में लोगों को ले रहे हैं, जैसे कि हमने “कौशिका फाउन्डेशन” में सिक्खाइश/विनाश उठाने के सम्बन्ध में “कौशिका फाउन्डेशन” द्वारा मदर हेलु कि है। परि “कौशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता विनाश अधिकारीकरण के हातों में रखी गई है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धित स्रोत से इस अधिकारी सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परदे उठाने देशी/प्राचीन हेलु किसी गैर सकारी संस्था द्वारा विनाश करने वाले होते हैं।

2. "कांशिका फाइनेंस" में जी नई समाज के बीच वित्तीय प्रकृति कहे हैं। योगी पर हस्ताल द्वारा दी गई समझ है कि ये यांत्रिक/प्रकृति का चुनाव रोगी एवं हस्ताल के बीच का विषय है और "कांशिका फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कांश दबाना नहीं है। इसलिये हस्ताल में रोगों का इन्हज सूचा और अपने जाने को भारी जिम्मेदारी रखी एवं हस्ताल की होगी और "कांशिका" की कोई अधिक या जिम्मेदारी या सामग्रे में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Anurag Mishra

**Mohammed Shroff Eye Hospital**  
Mumbai - 400 001  
**Dr. Shroff's Charity Eye Hospital**  
[Name, Designation & Status of Author  
or Owner of Hospital]  
**Mohammed Shroff**

Date of Surgery  
अंपरेजन की तारीख

**Dr MAZHAR N KHAN  
M.B.B.S,M.S,F.I.C.O  
U.P.M. (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)**

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
आमी इस्तामा।

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

*Safary*

*John S. Wilson*