

Mem. C-23-00 - 1534

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या : M10823/0516APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 14/08/2023**Koshika**
foundation
Building block of lifeNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Gopika

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

Grendai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्तीमान आवासीय पता
Oram, Rayapur, Chhunsi Rayapur, Chhunsi
Gwalior, Madhya Pradesh, India - 462005

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाइ आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Homemaking

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

26000/- (Family)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का नियान लगाये)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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिनाति 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 को छाप प्रति संलग्न करें)	अल्प अवृद्धि वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिनाति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन संचय संलग्न
1	Daignosis RIE Senile cataract RIE senile cataract
2	Swelling IIS with Immune lens camp

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी भी 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 राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेट द्वारा घोषणा यहः

- 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 सहमत करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण बड़े जलवायी के अनुसार साधा एवं सही हैं। वर्त कोई विवरण एवं जलवायी का जलवायी है तो मैंने सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ जो सहमति परिंग "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जो ही है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में प्राप्त गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विस सहमति हेतु यह जरूरत की गई है, इस गति का अधिकार या सकृदंशित किसी ज्ञान योग्य प्रियोक्ता/बीमा कामबद्ध से न तो सिंपण है और न ही भविष्य में लैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेट द्वारा करार)

- 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 प्राप्ति का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की लाप लाभकार, मेरे (अप्पेलेट) अपनी सहमति की पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके अधीकारी" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, घरें और जीवनशैली इस प्राप्ति में प्रयोग हो, उसे "कोशिका" उच्च, न्यायी, दान, जलवायी गूमर उद्देश्य से चुनी गयीकर्त्ता/बीमा कामबद्ध के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है: मेरे प्रति का विवरण मेरे हस्ताक्षर के चड़े से जट में बनने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेट) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, घरा, घरें और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्य से प्रयोग हो सुन्दर स्थित: सहमति का हस्ताक्षर नहीं जलता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामियों का नियंत्रण अधिकृत और जापवायी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेट की हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण



RT of PT

AGREEMENT by HOSPITAL (इन्स्पेक्टर द्वारा करार)

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, हस्ताक्षर को जो ओर से मान्यता/एहसान को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इन्स्पेक्टर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो सहमति और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था ने डाक रोगी/मामले में संदेश या ऐसे हो है, जोसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विवरण किसी भी समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्श हेतु किया है। वर्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी अधिकारी/सकल हेतु मन्त्री या नीति किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजिक संस्था को अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वाक्षर करता है कि अस्पताल द्वितीय चर्च रुक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाज में नहीं देगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता को विविध प्रकृति की है: योगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का: पुरुष या योगी एवं हस्ताक्षर की बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई व्यवहार नहीं है। इससिंचे इन्स्पेक्टर में योगी के इनाम सुरक्षा और जाने की सारी विधेयताएँ योगी एवं हस्ताक्षर की होती हैं और "कोशिका" की कोई भूमिका या विधेयताएँ इस प्राप्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतों के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंगोद्धार की तारीख 14/08/2023	Dr MAZHAR KHAN M.B.B.S. U.P.M.C. Reg No. 78911 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)	Anurag Mishra Manager-Administration (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Anurag Mishra Manager-Administration (Signature)
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपलब्ध है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जानी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जानी हस्ताक्षर 2