

Mem- C.23.08-1540

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:

M10823/0517

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 14/08/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Tokhsaim

AGE-YEARS:

आयु-वर्ष

82

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/करुण का नाम

Paryan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बहुमान आवासीय पता

Sonpur, Ambala, Kheri  
Punjab 162901

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

जबकि

farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

39000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष संलग्न)

PAN No. स्थाई ज्ञाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

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	Harish Choudhary	55	m	Son
2	Ajay	45.	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रारेक्षण सूची संलग्न
1	Diagnosis RIE Benile cataract RIE Benile cataract
2	Surgery RIE IICS cataract Pmma lens camp

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

Koshika  
foundation

Building block of life



**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकाश में दिए गये सभी विवरण मेरी आवश्यकता के अनुसार साथ हांच मही है। भीड़ कोई विवरण एवं काब्य अपने जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ जो सहायता या "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उद्देश्य उसी उद्देश्य की वृद्धि के लिए विवरण आपेक्षा, जो इस प्रकाश में भरा जाता है।
- 3) मैं पूर्ण काब्य हूँ कि विवरण सहायता सेवा यह प्राप्ति को गई है, उम् यांत्रिक कारणों का अधिक या सकात हिस्से अन्य स्थूलनियोगकर्ता/बीमा कम्पनी से न जी लिया है और न ही भविष्य में लौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अवेदक 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 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.
- 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 प्रकाश जरूर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को लाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण काब्य है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीहों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पास, फोटो और तो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, जो "कोशिका" एवं न्यासी, दान, कानूनीय दूती उद्देश्य से दुर्दोष विवरणों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव मान्यमान तो प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक वार्षिक विवरण में इसका को पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी लोकेशन है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पास, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जापन है मुझे बताता है सहायता या आवश्यक वही बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीहों का विवाद अविवाद और बाधककारी होगा।

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

अवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का लिया

- LT of PT

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्ताक्षर 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर को और से पापले/ऐरे को "कोशिका फाउंडेशन" से लिखिय सहायता हेतु मिलाई जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न उक्तर से भान्द व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि व तो बहुताय और न ही भविष्य में गिरिय महायता किसी गैर सहायती संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त गोपयोगमानी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में रिसारिश/विनाशि डाक्टर के राम्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाशि डाक्टर/स्कॉल द्वारा गल्वर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैत सरकारी संस्था या किसी अन्य समसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में समर्पित काब्य है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त गोपयोगमानी सेवा लियी गैर सहायती संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेनेगती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोवल विविध प्रकृति की है। उपरी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव दोहरा एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में ऐसी के इतन सुरक्षा और अपने जाने को लाए गये अधिकारी संगी एवं हस्ताक्षर की होती है। और "कोशिका" को कोई भूमिका का लियेवाही इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्कृत

Date of Surgery आवश्यकता की तारीख 14/09/2023	Dr MAZHARIN KHAN M.B.B.S, M.S, FRCO U.P.M.C Reg No. 78911 Stamp उपचार का नाम या हस्ताक्षर या गाँव, न.	Anurag Mishra Manager-Administration Shriya Eye Hospital Name, Designation & Status of Authorised Signatory Hospital Address/Hospital Name, Designation & Status of Authorised Signatory
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)