

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

C/1121/0554

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: 2/11/2021NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Dombati

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

Shyamla

AGE-YEARS वय-वर्ष
62SEX लिंग
FKoshika
foundation

Building Block of life



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कार्यालय आवासीय पाल

House No. 809 Gandhi Nagar Kukua, Kukua,
Muzaffarnagar, Uttar Pradesh, India
251001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पाल

As Above

OCCUPATION:
जीवमाल

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

65,000/- (Family)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष लाभ)

PAN No. स्थाई संख्या संख्या

NA

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आप कर दाता हैं (जो मान्य ही उस पर सही का निशान लगावे):Yes No
हाँ नहीं

FAMILY DETAILS वरिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Shyamla	65	M	Husband
2.	Anil	32	M	Son
3.	Harsimla	29	M	Son
4.	Anju	30	F	Daughter-in-Law
5.	Kavita	27	F	Daughter-in-Law
6.	Abhishek	10	M	Grand Son
7.	Priyanka	08	F	Grand Daughter
8.	Renuka	05	M	Grand Son
9.	Aneek	07	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित उद्देश

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष
गटीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	अल्प अपवर्ग प्रबन्ध पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	उत्तरीक्षा कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु फिल्म गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पायत/डाक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis : RE- Openile Cataract LE- Openile Cataract
	Surgery : RE- STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये 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
	SCSH	

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक 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 लोकल करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गए सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार एवं यह सही है। यदि कोई विवरण एवं काबिल असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरापत्ति की जा सकती है।
- 2) मेरे हाथ और महापाता द्वारा "कोशिका फाउंडेशन", में लिखी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भरा गया है।
- 3) मैं युक्ति करता हूं कि यह सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस तरह का अधिक या सकल हिस्सा किसी भ्रष्ट/नियोनेशन/बीमा कंपनी से न दिया जाएगा है और यह ही परिवर्ष में सौंपा जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कराया)

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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

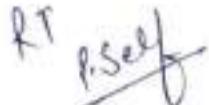
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या झंगठे की आग लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोदयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, जोरी और जो विवरण इस प्रकाश में दर्शायेंगे, उनसे "कोशिका" एवं जाली, दान, याचन/या दूसरे उद्देश्य में जुही गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्त यात्रायम् में उपयोग करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उपयोग का विवरण में जाली के बाद ये काने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नामांक अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस भाव से सहायता हूं कि मेरा नाम, पता, जोरी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में दर्शित हैं पुरे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोदयों का निर्देश अदिवेश और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के इसकारण या झंगठे का निरापत्ति

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से समर्पणोंको "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विकारिता की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निन प्रकाश से यात्रा व स्वीकृत करती है।

1) यह कि न तो लाभावधि और वही वर्षायम् में विविध सहायता विनियोग गरे साकारी संस्करण या दिसी अन्य लक्षणों में दर्शने या से रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मिलायित/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु कि है: यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोग अस्तिकासाकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्करण में सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय वरद उक्त रोगी/प्राप्ति हेतु किसी और साकारी संस्करण में जीवी लीगा/लीगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से नीती वह सहायता के बाबत विविध उक्ति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा यही गई स्वतः का विवेद गर्दे उपचार/प्रक्रिया का चुनब रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवेद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का खोर्द एवं वर्णन नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इतने मुख्य और अतीव जावे की सही विवरणीय रूपे एवं हस्ताक्षर को होनी और "कोशिका" की खोर्द अन्यका या विवेदार्थी वृप्त प्राप्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

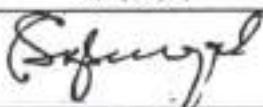
Date of Surgery अव्याप्ति की तारीख 2/11/2021	MOHD. RAMEEZ REZA M.B.B.S., M.S. OPHTHALMOLOGY (AMU.) FICO LONDON (BASICS) (Name of Dr. & Regd./No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रीज. नं.	VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr Shroff's Ch. on behalf of Hospital) राजीव राना अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

