

SRE-C-21-11-0346

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :
आप्लिकेशन नंबर :

C 1121 0580

APPLICATION DATE : 16/11/2021

NAME of APPLICANT :

Nasima

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX सेंद्र
59 ♂

58 P

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: *1000A 30TH ST NW*

House No 102 Bayora head Jhognpur
Jhognpur Distt Saharanpur. Saharanpur
Uttar Pradesh - 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 201 3RD AVENUE

~~As Above~~

OCCUPATION:

Homeschool

MARRIED (पितृसंतान) / UNMARRIED (अपितृसंतान)

TOTAL ANNUAL INCOME

**TOTAL ANNUAL
NET PROFIT \$M**

50,000 (family)

(Attach Proof of income)

148

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

Yes / No

81-1-161

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Aastekhi Copy)	Any Other Basis/Proof
गर्हणी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें।)	अल्प आम वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संलग्न करें।)	अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाई का उदाहरणः

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी कोई प्रतिवेदन मूली संलग्न
Diagnosis :	R.E. penile Calus L.E. Scutule Calus
Surgery :	R.E. Phaco + IOL

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि
	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले द्वारा जीवित प्रकार:

- 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 योगदान करता हूँ कि इस प्रकार मेरे गमी विवरण में जानकारी के अनुसार सत्य एवं जहां है। परं कोई विवरण एवं कामना आवश्यक नहीं है तो मेरी सहायता विवरण की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जीवित प्रकार "कोशिका फाउंडेशन", से जीव जीती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की उपलब्धि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरा भय है।
- 3) मैं पूछता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस रूप का जीवित या सकाल विवरण जीवित अवधि/नियोजित/वीक्षण कालान्तर में न की जाता है और जहां वीक्षण में ही है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन करने वाले द्वारा करता)

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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या झंगटे की जाग लगाकर, मैं (अप्लिकेशन) अपनी सहायता की पूर्ण कालता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामांकनों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जीवित प्रकार मेरे घोषित है, जो "कोशिका" एवं न्यायी, सत्य, याचिका/या एवं उत्तम उत्तरोत्तम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रश्न यथावधी या प्रश्नात्मक करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इताहार के पहले या बाद मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अप्लिकेशन) इस कालत मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में जारी हैं युक्त भवा; सहायता का इकायर नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामांकनों का विवरण अविवाद और बाब्कारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के हस्ताक्षर या झंगटे का विवरण:

AGREEMENT by HOSPITAL: (इस्तमाल करने वाला)

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, हस्ताक्षरी की ओर से घोषित/झंगटी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विस प्रकार से भावय व संकेत करते हैं।

1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भवितव्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत्र से उपलब्ध नहीं होती है, तो वे कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" से विवरित/विविध उपलब्ध के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा हेतु किया जाता है। परं, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अविवाद/याकृत हेतु यात्रा नहीं किया जाता है तो अस्तमाल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी भी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने वाला अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूछता है स्वयं कहा जाता है कि अस्तमाल इतीप यात्रा उपलब्ध हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी भी साधारण से नहीं लेना चाहिए।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जीव सहायता के बारे विवरण प्रदृढ़ित की है: योगी या अस्तमाल द्वारा या वीर्य सम्बन्ध या किये एवं उपचार/ज़िक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के इताहार सुधारा और अनेक जाने की जाती विवरणों द्वारा एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरणीय इस वाचते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery जीवित की तरीका 16/11/2021	Dr. Ravi Raj Jain MBBS, DOMS (AMU) MCI Reg. No. 77 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर नं. ७७	VIVEK RANA Administrator Dr. Shanti's Charity Eye Hospital (MANA) (Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व एवं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2